UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
DE GRENOBLE

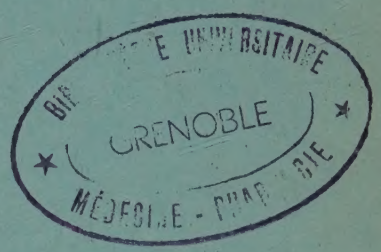
FACULTÉ DE MÉDECINE
DOMAINE DE LA MERCI - LA TRONCHE

Année 1973 N° d'ordre 9

LE CLUB DU XII^e

A PROPOS DU RÉSEAU SPONTANÉ DES RELATIONS DU MALADE PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE DANS LA COMMUAUTÉ

THÈSE



présentée
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monsieur Jean-Claude BOUCRIS
Ancien Externe des Hôpitaux de Grenoble
Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 16 Novembre 1943 à Tunis (Tunisie)

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JANVIER 1973
DEVANT LA COMMISSION D'EXAMEN :

MM. FAU, Président du Jury
BOUCHARLAT
MILLON
Melle CHAIGNEAU

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE
DE GRENOBLE

FACULTE DE MEDECINE
DOMAINE DE LA MERCI - LA TRONCHE

Année: 1973 N° D'ordre: 9

LE CLUB DU XII^E

A PROPOS DU RESEAU SPONTANE DES RELATIONS DU MALADE PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE DANS LA COMMUNAUTE

BIB. 2ème CYCLE UNIVERSITAIRE
GRENOBLE
MEDECINE - PHARMACIE

THESE

presentee
pour obtenir le grade de:
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

PAR

MONSIEUR JEAN CLAUDE BOUCRIS

Ancien Externe des Hopitaux de Grenoble
Ancien Interne des Hopitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 16 novembre 1943 à Tunis (Tunisie)

SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JANVIER 1973
DEVANT LA COMMISSION D'EXAMEN:

MM. FAU PRESIDENT DU JURY
BOUCHARLAT
MILLON
MLLE CHAIGNEAU

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur FAU

Il m'a accueilli dans son service pour mes débuts en médecine et m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur BOUCHARLAT

et

Monsieur le Docteur MILLON

qui ont accepté de juger ce travail.

A mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Docteur GAUTIER

Monsieur le Professeur LEDRU

Monsieur le Professeur MARTIN NOEL

Monsieur le Professeur MAZARE

Monsieur le Professeur CHATEAU

A Monsieur le Docteur RUDRAUF

Ses réflexions et son engagement ont guidé toutes nos démarches dans cette entreprise.

En témoignage de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur DESCOMBEY

A Mademoiselle le Docteur PREVOST et à l'équipe d'hospitalisation à domicile du XIIIème arrondissement.

A Monsieur le Docteur LANTER

A Mademoiselle le Docteur CHAIGNEAU

Son travail dans le service, ses reflexionx, ses écrits ont marqué profondément ces lignes et la façon dont je pouvais concevoir l'exercice de la psychiatrie.

L'hommage d'un de ses "élèves".

A mes amis Pierre PAULIN et Joelle MALLET

et Annie AUBERTIN, Annie GUYOT, Monique LEBEAU, Lucienne ROUX

L'équipe existe, je l'ai rencontrée.

A tous ceux "désignés malades et soignants supposés normaux" dont j'ai croisé le chemin.

A mes parents, A mes frères

pour alimenter la contreverse.

A Joelle, Agnès et Myriam.

A Nadine GALLET et TEMA conseil

A Jean Pierre BOYER

Leur aide m'a été précieuse.

A Dominique PINEL CHARTIER.

" On est constamment l'enjeu d'un jeu d'où soit même on est absent".

Jacques HEMAN

" La Société future s'esquisse peut être à travers des expériences comme la drogue, le sexe, la vie communautaire, une autre conscience, un autre type d'individualité".

Michel FOUCAULT Philosophe

Introduction.

Comme bien des histoires psychiatriques, celle-ci débute dans un pavillon d'hôpital, Ile de France-Périgord, dans une section où tous les pavillons portent ainsi des noms de province couplés situant d'emblée comment se joue la mixité en deux unités de vingt-cinq personnes, accolées mais soigneusement séparées. Les salles à manger et une porte à battants symbolisent cette séparation qui n'est abolie qu'au niveau de la salle de séjour, unique, dans la mesure où le rideau coulissant restera toujours ouvert. Mais la ligne de démarcation partageant en deux ce pavillon, ne cessera pas d'exister, puisque, lors de la réunion quotidienne, chaque sexe se regroupera plutôt de "son" côté. Tous les jours, en effet, dans cette salle, à onze heures, tous les individus vivant ou travaillant dans ce pavillon; et ce depuis Mai 1968, sacrifient à un rite qui consiste à se rassembler en rond dans la salle de séjour ou à roder autour : c'est la réunion quotidienne. D'octobre 1968 à octobre 1969, période pendant laquelle j'étais interne à périgord Ile de France, je n'ai pas souvenir qu'un seul jour ouvrable ait été privé de sa réunion.

Epine dorsale de la vie pavillonnaire, rite, lieu d'échange, de discussion et peut être de thérapeutique, elle était aussi l'originalité essentielle qui faisait la différence avec les "autres".

Mais l'idée de secteur, surtout actuellement, est suffisamment présente à l'esprit de chacun pour qu'on se doute qu'à ce décor hospitalier se superpose un autre lieu plus mystérieux, domaine exclusif des médecins et assistantes sociales : le dispensaire du XIIème arrondissement et son cortège de consultations de post-cure. Ne dit-on pas que l'hôpital, lieu de soins, est financé par la Sécurité Sociale, tandis que le dispensaire, lieu de prévention, reste le domaine de l'O.P.H.S.
Pour que nul n'en ignore, celui-ci était accouplé avec le dispensaire antituberculeux avec lequel nous tentions une coexistence. Ce problème de coexistence se posait également avec l'autre section, les "autres", dont le secteur s'étendait sur une moitié de l'arrondissement. Notre travail hospitalier conduisait donc les malades à ces consultations-vacations que tous les médecins du secteur faisaient et font encore : moi-même et l'assistant du pavillon y travaillions le jeudi après-midi. Là encore, bien que différente, la ligne de démarcation est nette, derrière la porte du cabinet médical se déroule dans le secret le dialogue singulier. Mais de l'autre côté de la porte, le dialogue, souvent, commence au cours de la réunion quotidienne ou spontanément amorcé en situation, se partage et s'amplifie en

un lieu traditionnellement voué au silence ou à l'anxiété, la salle d'attente. Le club est né.

Bien avant que l'idée même de lui donner une existence officielle ne nous soit venue, la tentation et quelquefois la décision d'aller s'installer dans la salle d'attente s'est imposée à nous. Volontiers commémorative la discussion s'instaurait alors, et, à notre grande surprise, plusieurs malades ne demandaient plus à franchir la porte fatidique et s'en retournaient munis ou non d'une ordonnance, jusqu'au prochain revoir. Proche ou éloigné ce revoir n'avait souvent plus besoin d'être soigneusement noté : "A un de ces jeudis" et si nous perdions de vue pendant un temps assez long un malade qui nous inquiétait, il n'était pas rare que l'un ou l'autre de nos visiteurs vienne nous rassurer ou nous signaler une rechute nécessitant notre visite.
Comme pour tout évènement important, celui-ci le fut pour l'ensemble des participants, on peut décrire des causes profondes et un évènement déclenchant ; cet évènement arriva sous la forme de mon départ du pavillon à l'occasion de la fin de mon année d'internat au centre psychothérapique des Murets. Nous décidâmes alors de créer la réunion du jeudi qui allait bientôt donner naissance au club du XIIème; association loi de 1901, parmi des milliers d'autres duement et régulièrement inscrite sur une petite colonne du journal officiel. A partir du club devait se créer plus tard et se terminer bientôt une tentative de service de soins à domicile très âprement discutée au cours d'assemblées générales

et de réunion de bureau, tout étant fait dans la légalité. Mais ceci est une autre histoire, l'histoire même que nous avons eu l'ambition de retracer.

Association loi de 1901, le club voulait regrouper toutes les personnes concernées, au premier chef les consultants du Dispensaire, le terme de consultants étant à prendre dans sa double acception de soignants et de soignés, mais il était ouvert également à tous les hôtes de l'hôpital ainsi qu'à tout habitant de l'arrondissement. A son début, héritier direct de la réunion quotidienne, il s'est trouvé constitué par une émigration progressive du dedans au dehors la sortie. Emanation d'un pavillon, groupe constitué et déjà structuré, il aura du mal à se dégager de ses origines pour s'ouvrir, mais il pourra soumettre à une élaboration et à une décision collective, l'ensemble des options qui jalonneront son évolution.On comprendra dès lors que nous n'ayons pu saisir dans des documents ou des notes, les éléments apparemment marquants ou anodins qui se déroulaient sous nos yeux et avec notre participation, faute de mesurer l'importance réelle au moment de leur déroulement.
On comprendra également qu'il ne pouvait s'agir pour nous d'écrire une histoire du club objective dans la mesure où notre position ne pouvait être celle d'un témoin impartial.

L'histoire du club et plus simplement son existence même ne nous appartiennent pas même si notre présence en constitue probablement le principe d'unité. De ces observations

découlent notre parti pris de reconstitution à postériori et la diversité de statut (malade, soignant,parent) des personnes concernées. Nous ne prétendons pas par là établir en pétition de principe l'égalité de position de tous les membres de l'association mais tenter de dégager une histoire collective de cette entreprise collective.

Pour pragmatique qu'elle apparaisse, ainsi présentée, cette expérience n'en est pas moins insérée dans un champ psychiatrique où l'entrecroisement des théories et des problèmes techniques n'a jamais été aussi complexe. Constatant des faits et des phénomènes qu'elle pensait apercevoir dans le déroulement de sa pratique au sein du club, l'équipe soignante (le "nous" qui parle au long de ce texte) progressivement constituée a tenté d'impulser dans une démarche parallèle une évolution de l'organisation et de buts du club et une réflexion théorique fondant ou suivant cette évolution. Il ne pouvait s'agir d'attendre, d'on ne sait quel spontanéisme, des modèles jaillissant du collectif, mais on ne pouvait pas plus se livrer à des spéculations trop éloignées de la vie quotidienne. Chacun de nous se situe en fonction de sa personnalité, de ses lectures, de sa formation et de ses opinions politiques par rapport à ce champ théorique dans les deux instances qui ont servi au contrôle et à l'élaboration : les assemblées générales du club et la réunion d'équipe. Ce n'est pas un hasard si la première précaution de ce travail est de situer les lieux, un espace où vont se dérouler des évènements ; nous avons es-

sayé de laisser se remplir sous nos yeux sans lui imposer au départ un cadre, un modèle de conformité. Nous ferons donc la description de quelques axes de réflexions qui ont alimenté la vie du collectif et référence à des travaux qui nous ont inspiré ces réflexions.
Emprunté au club, l'essentiel de ce travail doit y retourner et y être lisible par l'ensemble de ses membres. L'idée même de son élaboration en a fait partie dès qu'elle a été exprimée.

Enfin nous avons fourni en annexe trois documents constitués pour les besoins de la vie du club et nécessaires à la compréhension de ce travail :

- les statuts de l'association - texte d'orientation de départ.
- le projet de forfait ambulatoire - axe technique.
- le statistique sur les cas traités qui fait foi de ce qu'il s'agit bien de malades psychiatriques chroniques.

ELEMENTS POUR UNE RECONSTITUTION HISTORIQUE

Les lieux

A l'instar de nombreux Hôpitaux psychiatriques , le Centre psychothérapique des Murets est plus connu sous le nom du village qui l'abrite et dont il résume l'activité : La Queue en Brie.

Prévu pour recevoir six cent malades au total, il est divisé en trois sections jalouses de leur autonomie : toute tentative d'organisation commune à l'ensemble de l'établissement se heurtera, de ce fait, à d'insurmontables difficultés. Chaque section comporte quatre pavillons qui se séparent eux mêmes en deux ailes, une pour les hommes, une pour les femmes ; la salle de séjour représente le seul local commun, les salles à manger étant elles mêmes différentes. Les équipes soignantes sont mixtes quoique à dominante féminine posant continuellement le problème de la faiblesse de l'effectif masculin dans les cas de crises clastiques.

Le nom de l'hôpital rend bien compte en effet de l'idéologie qui a présidé à sa construction puisqu'il s'appelle les Murets ou Petits murs. Son principe essentiel réside dans le refus de toute contention entrainant l'ouverture des portes, l'absence de chambres fermées et l'appel aux ressources du dialogue et de la persuasion dès que cette règle tacite de bienveillance est mise en cause par un état d'agitation menaçant.Ce pari sera difficile à tenir mais permet de comprendre l'effort constant de présence qui est demandé aux soignants et la nécessité d'un structuration collective assez serrée pour pallier l'absence d'un dispositif de coercition.

Les équipes soignantes ont un horaire de rotation sur " les trois huit "; l'habituelle coupure entre les trois équipes de matin, après-midi et nuit est ainsi évitée mais l'instabilité des horaires ainsi conçus semble empêcher une organisation de vie cohérente pour les soignants :c'est une des raisons mais non la seule, qui fait partir " les jeunes " au bout de quelques années de travail ; la question du recrutement reste une question d'actualité tout au long des années qui passent, un quart ou une moitié du personnel étant constitué d'élèves en cours de formation.

Soulignons enfin que les infirmiers habitent, pour la plupart d'entre eux, dans des immeubles de fonction situés à faible distance de l'hôpital et se maintiennent ainsi dans un contact quasi permament avec leur milieu de travail.

Périgord Ile de France.

La relative autonomie de chaque unité de soins va permettre que l'expérience que nous décrivons, se déroule dans un seul pavillon, Périgord Ile de France. Une coupure et une différence qui seront à la source de bien des problèmes se trouvent ainsi constituées. Le départ de cette expérience me semble se situer dans un parti pris, parti pris de ne plus voir les malades seuls, dans le tête à tête du bureau médical mais d'ouvrir largement les portes de ce bureau non seulement aux soignants mais aux autres malades entrainant une position différente par rapport au secret médical et au colloque singulier. Tout le travail d'élaboration et d'explication autour de ce parti pris

constitue les premières périodes de constitution de la communauté, mettant en valeur l'importance des rassemblements apparemment fortuits et des discussions de couloirs qui tendent peu à peu à rivaliser avec le classique entretien médical auquel chacun pense avoir droit du fait de son statut de malade.

De même la répartition des tâches entre médecins prescripteurs et infirmiers exécutants tend à se déplacer au profit d'une mise en valeur et d'une responsabilité accrue de chacun dans la relation qu'il peut nouer en fonction de la demande qui se fait jour et de l'adresse qui lui est faite. Les réunions d'équipes soignantes auront fort à faire pendant plus d'un an, répétant à intervalles réguliers la sommation qui est faite aux médecins de reprendre leur rôle garant d'une bonne exécution du travail de "soins". Mais la prise en compte systématique de toute relation permettra progressivement d'interroger la nécessité d'une instance tierce où ces relations pourraient être reprises pas seulement entre techniciens puisque chacun dans le pavillon peut y être impliqué.

Réunion.

Bien sûr il existe une réunion hebdomadaire, tentant d'être le lieu d'expression où les échanges peuvent se centraliser. Cette réunion de la communauté hospitalière est devenue depuis plusieurs années une tradition qui n'épargne plus aucun établissement de soins psychiatriques, à notre connaissance. Situé à mi-chemin entre le groupe d'expression spontanée et la psychothérapie de groupe, elle

devrait permettre au soignant placé là de pointer l'apparition d'un " sens", comme s'il n'y en avait qu'un. La naissance de la réunion quotidienne va coincider avec l'histoire d'un sujet dont les débordements dépassent largement le cadre du pavillon tout en concernant par son ampleur l'ensemble des habitants.

Areski est un jeune algérien de vingt ans, diabétique instable alternant les comas hyper et hypoglycémiques, il est réputé schizophrène.
L'aggravation des conduites clastiques et l'agitation entrainait une escalade de la chimiothérapie qui restait inopérante. L'intolérance dont il était l'objet ne laissait plus comme solution qu'une cure d'électrochocs en milieu spécialisé du fait de son diabète pu un placement en service fermé, à"Henri Colin". Pour surseoir à cette décision et parce qu'ils s'interessaient aux effets et aux possibilités qu'offrent un changement de pavillon, les médecins du service décidaient un passage à Périgord Ile de France qui pouvait stopper la constitution de cette situation pathologique.
Dès l'arrivée au pavillon, il s'attachait à justifier la réputation qui l'y avait précédée en multipliant les provocations et les situations de rejet : agitation permanente, recherche ininterrompue des infirmie qu'il assaillait de demandes, perte de linge dont il obstruait les WC, menace de briser la télévision mélange des plats au moment des repas. Inversement à cette aggression sur les objets, il amassait dans son placard, en volant, les objets les plus divers: portefeuilles des malades, bons de permission, papier à entête de l'hôpital, ordonnances, tampon du médecin chef, appareil à tension, chaussures, papiers d'identité du personnel de l'hôpital.

Agressant les infirmiers, terrorisant les autres malades qu'il réveillait la nuit, il était le " dictateur fou " dont parle Woodbury, communiquant son délire de toute puissance à tout l'hôpital. Dès qu'il quittait le pavillon, le téléphone sonnait sans laisser à l'inquiétude des infirmiers le temps de se former : un collègue se plaignait d'un vol dans sa voiture, la loge nous signalait sa fugue et le buraliste du village se plaignait d'un bris de carreau. Un jour le téléphone nous alertait, le chef de l'entretien nous signalait que le pavillon allait sauter car la chaufferie de la cave avait été déréglée par Areski. Il avait effectivement manipulé les volants de réglage, conduisant le métro comme son père, disait-il, père qui y était en fait balayeur.

La colère et l'épuisement ne devaient pas tarder à apparaitre en réunion, et se manifester au médecin responsable que l'on sommait de prendre des "mesures" Il se contentait de favoriser la mise en cause d' Areski dans les discussions :on rapportait tous les incidents : un malade montrait la télévision hâtivement protégée par un volet de bois, chacun exhibait la poignée de sa porte démontée pour en interdire l'accès.

Pour bien montrer qu'il était devenu le centre des préoccupations du pavillon, du pays, du monde, il se couchait sur la table, au milieu des réunions, les bras en croix. Devant cet état de fait, le médecin du pavillon se contentait de dire au groupe pavillonnaire qu'il était partie prenante dans cette affaire ; mais exprimant sa colère au malade, il donnait sa caution au groupe pour prendre toutes les mesures préventives nécessaires.

L'affrontement devait durer deux à trois semaines,

les réunions de pavillon servant à faire le point de la situation. Cette confrontation ponctuée par les réunions successives, fut essentielle. Lorsqu'il fut redevenu plus calme, le pavillon dut faire face à sa légende dans le pays où chaque apparition déclenchait un appel à l'aide, lui permettant aussi de voir la réaction qu'il provoquait : ce n'était pas sans intérêt pour ce malade à la recherche de son identité. On peut supposer que cette confrontation de deux périodes, prend valeur d'interprétation.
Actuellement Areski a repris son activité normale, il a acquis l'autonomie concernant son traitement comme tout jeune diabétique et il vient régulièrement au club tous les mois passer un moment.

Si j'ai rapporté aussi longuement cette observation, c'est qu'elle se situe au moment où la réunion quotidienne s'est instaurée et qu'elle illustre assez bien sa situation par rapport au vécu pavillonnaire. Elle n'est en aucune façon le lieu privilégé où tout se passe, mais favorise la mise en commun du concernement de tout un chacun.

Mai 68.

Le projet d'instauration s'inscrivait pour le médecin initiateur dans la filiation d'une expérience identique ayant déjà fait l'objet de thèse. Il était donc à la fois à la recherche d'un terrain d'application et de circonstances de mise en route et à la fois interrogateur sur la nécessité de sa création dans la mesure où, nous l'avons vu plus haut, l'essentiel du travail était de modifier les conditions d'écoute du malade par rapport au schéma traditionnel.

Ces circonstances arrivèrent sous la forme des "évènements de Mai 68": les équipes soignantes, rassemblées au sein des comités d'action qui refaisaient le monde psychiatrique en particulier et le monde en général, n'avaient plus guère de prise sur la collectivités des malades qui se trouvait en semi abandon.

On n'assitait guère à une aggravation de l'état des patients mais un embryon d'auto-organisation se faisait jour qui laissait penser qu'elle pouvait se soutenir de la création de cette réunion. L'annonce et la demande officielle en fut formulée à la réunion qui rassemblait le lundi les médecins de la section autour du médecin chef (instance devant laquelle fut ultérieurement constamment posé le problème de la différence introduite par le fait que l'on instaurait la R.C. dans un seul pavillon).

L'acceptation devait en être réticente mettant en avant les risques d'un système aussi particulier dans une section tendant à une certaine unité, les risques également de délaisser la prise en charge individuelle des malades au profit d'une collectivité aux contours flous.

Cette réunion quotidienne devait rapidement devenir un rite au niveau du pavillon, un mythe pour l'ensemble de l'hôpital. Une table de ping pong au milieu servait de support au magnétophone et à une infirmière qui relevait en sténo la totalité des échanges dans un but de "recherches scientifiques". Ce magnétophone n'a jamais posé de problème et n'a jamais été menacé même par les états d'agitation les plus clastiques (Tiers en boite ?). Elle était suivie par un post groupe sensé analyser le contenu de ces réunions et

prévoir leur suite ; il servait essentiellement à remettre les soignants de leurs émotions qui se traduisaient d'ailleurs par le rythme des présences et des absences et par les changements d'horaire, reflets des conflits qui ne trouvaient pas leur expression. Ces conflits d'équipe devaient se traiter en réunion d'équipe, autre instance qui arrêta bientôt son fonctionnement sans que nous n'ayons pu déterminer si la réunion quotidienne suffisait à traiter les conflits ou s'il s'agissait d'une part d'échec dans l'entreprise.

Isolat.

Cette tradition devait bientôt instaurer un rapport difficile entre le pavillon concerné et le reste de la section faisant d'Ile de France-Périgord , une véritable cité dans la cité ayant son mode de gouvernement particulier. Rien pourtant dans la structure hiérarchique ni dans le statut des soignants n'avait changé mais une certaine façon de penser en terme de collectivité amenait à tenter d'y résoudre des problèmes insolubles dans les autres unités sans que jamais rien ne fut fait pour la généraliser à l'ensemble du service.

L'accusation de particularisme et d'isolationisme qui se faisait jour, était certainement la critique la plus justifiée qui nous ait été adressée. Elle était entretenue d'ailleurs par ce qui était perçu comme une ambiguité du médecin chef à notre égard : il critiquait et cassait souvent les prétentions de l'équipe soignante à l'originalité ,mais soutenait et prônait ce mode d'organisation dite communau-

taire en posant des indications spécifiques pour soins de tel malade ou travail de tel soignant. Quelle signification peut-on trouver à cette ambiguité à postériori quand on sait le soutien et l'intérêt qu'il a porté à la suite de l'entreprise ? Elle me semble sous tendre une double nécessité tenant aux fonctions du médecin chef dans un service : d'une part son rôle soignant l'amène à dégager les difficultés comme les intérêts d'une expérience qui peut entraîner l'équipe à ne plus tenir suffisamment compte des réalités et à courir ainsi le risque d'un échec destructeur; d'autre part sa fonction d'autorité le contraint à formuler explicitement des limitations à l'égard d'une fraction originale d'un tout dont il est responsable.

J'insisterai sur le fait que les réunions quotidiennes n'instaurait en rien un système de prise de décision ou de gestion différentes des autres pavillons comme on peut en voir fonctionner dans les communautés thérapeutiques. Il s'agissait essentiellement d'un mode particulier d'utilisation des échanges inter-individuels qui existent partout et jusque dans l'asile le plus concentrationnaire. Nous tentions de prendre en considération ces relations inter-individuelles dans le circuit thérapeutique au même titre (ou même "en préeminence") que la relation soignant soigné. Je reviendrai plus en détail sur ce point au IIème chapitre.

Dispensaire.

Autre lieu traditionnel, le dispensaire était un vieux local partagé entre le service de phtisiologie et plus ré-

cemmant l'hygième mentale qui, de ce fait, avait un statut d'hôte un peu encombrant. Il fonctionnait depuis plusieurs années avec un certain nombre de consultations dites de "post-cure" effectuées par le médecin chef et ses assistants Relativement inconnu et peu organisé, il représentait pour les soignants dans leur majorité à la fois le lieu de la relative normalité et l'appoint indispensable pour soutenir les malades dans leurs essais de sortie. Une tentative d'organisation autour de la salle d'attente avait déjà été faite quelques mois auparavants, sans succès, du fait probablement d'une conjoncture différente au début.
Le terme de secteur restait encore assez large recouvrant une aire géographique de recrutement mais pas une organisation de soins englobant l'hôpital (comme moyer). Le lieu de soin principal restait l'hôpital, il devait donc être le point de départ d'une expérience qui se déroulait même en dehors de ses murs. C'est ce qui arriva.

Depuis quelque mois déjà les consultations de plusieurs médecins du service et en particulier du pavillon se déroulaient en même temps, le mardi et le jeudi après midi. La tradition assez forte de réunions contradictoires se retrouvait chez nos consultants dans la mesure où le type de fonctionnement assez univoque à ce moment là, faisait décrire à nos patients un circuit précis sortie, hôpital, post-cure. Ils venaient donc en majorité du pavillon, s'installaient très tôt dans la salle d'attente et passaient là une partie de l'après-midi pour une consultation qui durait environ une heure. En octobre 69 l'interrogation

sur nos intentions devait se poser plus nettement : je quittais le pavillon, l'assistant devait étendre son activité sur une plus grande partie du service, les infirmiers commencaient à sortir du cadre étroit de l'hôpital pour expérimenter un mode de prise en charge ambulatoire : la visite à domicile. L'impulsion de départ vint donc de l'équipe soignante dans son désir d'organisation et d'expérimentation. La conjonction de ces deux facteurs - mobilisation d'un collectif et désir "posé" des soignants - m'apparait essentielle à noter.

Je m'arrêterai un moment sur le terme "Collectif" pour essayer d'en dégager le contenu. Je proposerai de la préciser en parlant de "Collectif de soins". Le soin représente la médiation relationnelle établie entre les personnes rassemblées dans cette entreprise - soignants et soignés - il fera donc l'objet d'une discussion et d'une mise en question constantes. Autour d'une histoire commune un groupe se constitue pour défendre un réseau de liens affectifs à la manière des anciens de telle ou telle guerre ; ce groupe n'est pas interchangeable et se défendra contre toute intrusion d'éléments étrangers parce que ne participant pas de son histoire : il constitue donc un collectif historique. S'il reste tel quel il se contentera de reconstituer "hors les murs" une vacuole asilaire reprenant à son compte la fonction sociale de rejet de la maladie mentale pérennisant des liens vides de sens. On peut émettre l'hypothèse que la médiation-soin permettra de conserver un sens dynamique à ces relations. Nous y reviendrons au deuxième chapitre.

Inauguration.

La séance inaugurale fit sauter les bouchons de champagne ; l'écho s'en répercuta jusqu'à l'hôpital intransigeant à juste titre sur le sevrage absolu des alcooliques. On but, on chanta, on mangea des petits fours, le médecin chef était là. On trinqua à l'organisation débutante qui s'avérait problématique dès l'abord : le trésorier, jeune malade, dont le symptôme ereutophobique n'était combattu avec succès que par une association périlleuse d'alcool et d'I.M.A.O. (en fait schizophrène avéré, il ne trouvait refuge depuis plusieurs années qu'à l'hôpital; à l'heure où nous écrivons, il en est sorti pour une destinée qui nous est inconnue) partit avec la caisse. Il revint un peu plus tard passablement éméché, nous jurant qu'il rendrait tout .. ce qu'il fit ultérieurement.

Une infirmière devait jouer un rôle essentiel de charnière entre le club naissant et l'hôpital, négociant la Dyane - achetée par le service pour les visites à domicile - au travers des fluctuations de nos relations : nous avions ainsi des jeudi avec et des jeudi sans...Dyane, c'est à dire avec ou sans visite des malades en permission ou encore hospitalisés. En fait ces relations devaient s'avérer définitivement difficiles reprenant la scission qui s'était créé entre le pavillon et le reste de la section.

Comment est né l'idée de club ? Je ne saurais le dire. Elle n'a pas jailli spontanément mais a été lancée par un de nous au moment où la situation semblait mûre et au moment où les participants commençaient à ressentir les

besoins d'une organisation structurée pour protéger contre les mésaventures l'acquit déjà menacé une première fois. Apparemment fortuite cette naissance retrouvait en fait les constatations déjà faites par OURY et RAPPARD (le club- Encyclopédie médicochirurgicale) sur la nécessité d'un autre lieu pour que la parole circule.

Assemblée générale.

C'est ainsi que se trouvèrent rassemblées au dispensaire une centaine de personnes un samedi de novembre 69. D'emblée la discussion se centrait sur l'emploi du terme "malade mental" figurant en tête des statuts. Elle devait durer plusieurs heures séparant l'assistance en deux tendances, pour et contre, et posant le problème de la désignation au vu et au su de tout le monde. L'argumentation portait sur la difficulté d'assumer la condition d'ancien malade dans la vie quotidienne et par rapport à un emploi possible, et s'échangeait en une reconnaissance " tu es un malade mental, je suis un malade mental ". Que veut dire stabilisé ? Que signifiait pour l'avenir cette désignation ? Dans l'hôpital s"était crée une certaine intimité, " un bonheur sans témoin", cette intimité ne pouvait plus pâtre retrouvée à l'extérieur sans être marquée par cette désignation.

Le club était né, posant en préambule sa volonté de ne plus s'en remettre uniquement à l'apport de la technicité médicale et de situer la médiation-soin pas seulement dans la relation soignant-soigné. Il se heurtait d'emblée à la question de sa [illegible] comme lieu d'accueil [illegible] de

son rôle quant à la dite désignation. Il se dotait d'un bureau exécutif avec un président et d'un conseil délibératif reprenant les voeux de l'assemblée générale. Cette structuration permit la constitution d'un noyau assez important d'habitués qui jouaient le rôle de maintien de la tradition et de reprise des initiatives, initiatives qui restèrent le lot de l'équipe soignante la plupart du temps. Le paradoxe demeura de cet appel des soignants à une large autonomie du club alors que la sollicitation permanente de ses membres s'adresse toujours aux médecins-infirmiers en tant que corps constitué. Ce paradoxe me semble fondateur.

Entendons nous : il n'est pas paradoxal d'assister à ce mouvement qui fait du désir d'autonomie du malade, celui du soignant. Mais le déplacement se situait au niveau de la responsabilité administrative du club qui était poussée du côté des soignants tandis que les membres du club affirmaient sans cesse leur désir de se dégager de l'emprise médicale.

Le caractère "héroique" des débuts entrainait un tel investissement de l'entreprise que tout départ en fait ne pouvait être ressenti que de facon négative, la demande d'autonomie comme le désir de dégagement était dès lors entravé par leur caractère essentiellement agressif. Nous verrons par la suite le caractère exclusif de ces liens affectifs s'atténuer pour permettre d'envisager le club de facon plus ouverte, de mettre en place un circuit soignant séparé, d'éviter en fait ce que nous avons appelé la vacuole asilaire.

Ce paradoxe trouvera son application dans deux projets : la réunion du samedi et l'accueil quotidien.

La réunion du samedi.

Un club, chacun le sait est avant tout un instrument d'organisation de loisirs ; la demande de loisirs organisés possède tout le poids d'un dégagement possible de la désignation "banalisons donc", tel pourrait être le mot d'ordre dégagé d'un projet qui voulait rassembler le samedi après midi tout ou partie des membres du club pour jouer aux cartes, aller au cinéma ou au théatre, organiser des petites fêtes (la tendance jeune réclamant son autonomie de gestion par la voix d'un vice président). Ces réunions eurent lieu pendant quelques temps. Elles achoppèrent en fait sur deux problèmes, d'une part le dispensaire,étant lieu de prévention nécessitait un fonctionnaire de la préfecture habilité à détenir les clefs comme gérant de son ouverture, d'autre part une partie de l'effectif fit bientôt défaut dès lors qu'il avait trouvé ailleurs une insertion sociale suffisante. Il est curieux de constater que le projet de trouver un autre local, libéré de la tutelle soignante, n'aboutira jamais et que malgré un planning serré de permanence établi par l'un de nous, la caution médicale fit bientôt défaut faute de présence. Cet échec laissait persister l'ambiguité de la position du club quant aux loisirs et quant à sa vocation "culturelle et sportive". Toute l'ambiguité, en somme, d'une association "d'entraide". Il n'en fut pas de même pour l'accueil quotidien qui réussit à s'implanter assez rapidement même s'il fut éphémère. Il est vrai qu'il bénéficiait du soutien actif et délibéré du noyau des soi-

Accueil quotidien.

Nous atteignons là le coeur du projet contenu sous la dénommination de club. Depuis la création, un certain nombre d'infirmier(e)s s'était intéréssé à la réalisation de ce club, venant de plus en plus nombreux y participer en dehors des heures de service à l'hôpital. Ce statut bénévole ne satisfaisait personne, il nous fallait donc trouver un mode de rémunération. D'autre part l'existence d'une réunion hebdomadaire, le jeudi après-midi, même étayée rapidement d'une seconde le mardi, s'avérait insuffisante pour répondre aux besoins de malades qui de plus en plus évitaient l'hospitalisation et suivaient un traitement entièrement ambulatoire. Enfin le projet d'être présent en cas d'alerte ou de situation "catastrophique" pour éviter que s'ensuive un processus d'exclusion, prenait corps. Comment organiser cet accueil quotidien ? Deux moyens devaient se conjuguer de l'avis général : permanence soignante et club quotidien.

La permanence soignante ne posait pas de problème pour l'après-midi du fait de l'existence de consultations médicales quotidiennes par des médecins différents. Il nécessitait toutefois un accord, toujours reculé, avec l'autre section couvrant un secteur s'étendant sur une moitié de l'arrondissement. Cet accord se fit, un médecin se devait, de toute façons, de répondre aux "urgences". Pour le matin et bientôt pour l'après midi fut adopté un projet de vacations infirmières, reposant avec plus de précision le problème de la rémunération de ce travail. Nous y reviendrons.

Ces permanences ne devaient pas être le fait de soignants uniquement mais s'accompagnaient d'une présence des membres du club. Un contrat de prise en charge pouvait s'instaurer en cas d'appel. Le problème d'une rémunération était donc également posé. En fait cette organisation devait durer six mois environ grâce à un recueil de subventions diverses permettant de payer les soignants pendant cette période. Elle s'arrêta avec l'arrêt des subventions.

Il n'en fut pas de même pour le club quotidien, nous rappelant les origines c'est à dire la façon dont le collectif s'était constitué et referné sur lui même. Pour réaliser ce club quotidien, il fallait que tous les groupes de consultants qui fréquentaient le dispensaire adoptent une organisation semblable. Or rien dans leur origine hospitalière ne les y préparait. Habitués à la relation médicale, très souvent sur le mode de la prescription d'une ordonnance, ils s'en venaient et repartaient à heure fixe attendant le passage dans le bureau sans s'autoriser un échange avec leurs voisins : pour cet échange il y a le"bistrot" du coin. Certes le réseau relationnel que nous évoquons existe là comme ailleurs mais aucune instance n'a permis d'en donner acte. A l'inverse le petit groupe constitué, fort de l'originalité de son expérience confirmée par la scission décrite à l'hopital, s'avouait réfractaire à toute introduction d'éléments étrangers : tout sujet qui ne connaissait pas Périgord Ile de France devenait suspect. Nous n'avons pas pu ou pas su analyser les causes de cette fermeture qui est restée, me semble-t-il, un des éléments irréductibles de l'échec de l'entreprise, mais [illegible]

durée de l'expérience ne nous permette pas de préjuger de sa solution possible.

Hospitalisation à domicile.

La mise en place d'une permanence soignante et d'un accueil quotidien introduisait un dispositif de prise en charge que nous avons appelé "hospitalisation à domicile". Il se complétait en effet de visites au domicile du patient en cas de nécessité. Ce termepermettait de le référer à un modèle déjà existant et facilitait nos démarches pour un agrément par les autorités de tutelle (sécurité sociale - D.A.S.S.). Le contrat de prise en charge était signé par le malade ou la famille et par le club en la personne de son président ou de son délégué. Les soignants étaient employés par l'association en tant que techniciens même si par ailleurs ils étaient participante en tant que membres du club. Le médecin gardait, bien sur le privilège des indications thérapeutiques mais la collectivité club participait dans son ensemble à cette prise en charge sous la forme de l'accueil et par l'intermédiaire du réseau spontané dont nous verrons plus loin le rôle essentiel.
Le groupe était mobile, il pouvait se déplacer pour se rendre au domicile d'un patient dans le cas où la situation l'exigeait ou pour participer à toutes sortes de regroupements spontanés. Le rythme de présence était variable et faisait l'objet d'un accord entre le patient, le club, et le thérapeute désigné. Le traitement médicamenteux ou autre restait toujours indiqué en cas de besoin mais l'accent était mis sur la restructuration d'un ré-

relationnel permettant d'éviter la mise à l'écart en cas de crise : le milieu parental ou de voisinage était bien entendu convié au réunion. Il faut insister sur le fait que l'essentiel résidait dans l'ébranlement du réseau spontané. Il n'était fait appel à ce dispositif qu'en cas d'absolue nécessité. La plus grande part de ces "interventions" ne nous était pas connue.

Observation.

Je tenterai d'illustrer ces propos par un cas qui se situe très précisement dans cette période. Je voudrais souligner toutefois que je ne pense pas démontrer le traitement d'un état critique psychotique par les seules vertus d'un club ; il me semble important d'envisager la possible maitrise de son état critique par le sujet lui même, ici avec l'aide du réseau relationnel dit "réseau spontané". La maitrise d'un état critique n'appartient en aucun cas aux soignants, même s'il peut le réduire par une thérapeutique appropriée, il ne peut être le fait que du sujet lui même et peut amorcer ce qu'on pourrait nommer "processus de guérison".

Mademoiselle Gilberte N. est une jeune femme de trente ans environ. Elle travaille dans une agence de voyage à la réception des clients. Quand son teint se "brouille" on sait qu'il faut être en alerte ; bientôt elle va placarder les affiches à l'envers, pérorer dans le halle d'accueil et

faire des projets d'aménagements originaux. Un coup de téléphone aux Murets suffit à stopper ces débordements. L'assistante sociale d'entreprise connait bien toutes les dispositions à prendre. L'équipe soignante du pavillon accueille avec plaisir cette malade dont chacun sait que dans un mois ou deux, elle retrouvera le chemin de son travail grâce à une thérapeutique appropriée et disparaitra pour quelque temps.

Le coup de téléphone arriva ce jour là au dispensaire. La traditionnelle ambulance fut remplacée par une invitation à nous rendre visite, invitation suivie d'effet. Gilberte ne nous quitta pas pendant plusieurs semaines, accompagnant l'un ou l'autre d'entre nous dans tous ses déplacements. L'assistante sociale se trouva ainsi avec elle chez le marchand de chaussures où elle tentait d'acquérir une paire beaucoup trop grande pour elle sous le regard impassible d'une vendeuse probablement rassurée par la présence d'un tiers. Elle put ainsi vivre son accès sans avoir recours au traditionnelles sismothérapies en usage lors de précédentes hospitalisations. La "crise" dura un à deux mois, avec un traitement médicamenteux modéré.

Gilberte devint un hôte habituel du club pendant quelques temps. Elle devait être présente pendant toute la fin de "l'H.A.D." et expérimenter les effets de son absence lors d'une crise qui néces-

sita une nouvelle hospitalisation dans son hopital de secteur qui entre temps était devenu Ste Anne (du fait de la sectorisation, elle habitait en effet "hors secteur").

Réunion d'équipe et ... autres.

On se trouvait donc en présence d'une équipe soignante individualisée, employée par le club mais gardant son caractèrepropre. Elle instaura pour en témoigner et pour permettre un contrôle de l'élaboration progressive, une réunion qui se tenait au dispensaire et empruntait la forme d'un repas. Rappelons que le rôle d'incitation et d'initiative devait lui appartenir tout au long de l'expérience, ce repas en étant le lieu. Il constituait aussi une prise de position sur un territoire qui n'est habituellement celui du soignant psychiatrique que par emprunt et pour un temps court, pour une seule catégorie de soignants d'ailleurs : le médecin. Cette ignorance délibérée de la stucturation d'un dispensaire ne tardait pas à produire effet: un repas concurrentiel se tenait dans le même temps rassemblant les assistantes sociales du service de chirologie et la secrétaire. Pour anecdotique qu'elle apparaisse,cette situation n'était pas sans enseignement. Voué traditionnellement à la prévention et à l'hygiène, le dispensaire n'admettait la possibilité de soins que comme un pis aller et en le baptisant "prévention de rechute". Il lui était difficile d'admettre l'installation d'une colonie de déviants, qui y avaient installé demeure et s'y conduisaient en ayant droit. L'assistante sociale du service en fit l'expérience

à ses dépens. Intégrée dès le début à l'équipe constitutive, elle eut beaucoup de mal à se faire admettre par ses collègues plus anciennes. Notons que ce problème fut atténué grâce à la secrétaire du dispensaire mais laissa posée la question du poids des structures administratives préexistentes, qui peut faire obstacle à l'utilisation de l'outil qu'est un dispensaire d'hygiène sociale alors qu'il est doté d'une longue tradition dans le quartier. Notons également que cette époque fut celle des repas, puisque plusieurs membres du club se rassemblèrent, souvent autour d'un soignant, pour organiser un repas hebdomadaire.

Le forfait.

Ces réunions d'équipe nous ont permis l'élaboration d'un projet de financement que nous avons dénommé : forfait ambulatoire et dont l'argumentation est fournie dans les documents annexes. Il ne pouvait être question de l'imposer comme tel, sa discussion et son adoption furent le fait de l'assemblée générale tenue dans la mairie du XIIème malgré les réticences déclarées devant ce redoublement de la désignation. Une fois adopté, il entra dans les valises de quelques uns d'entre nous qui se transformèrent en démarcheurs pour en obtenir l'agrément. Deux types de démarche furent menées de front : demande de subvention au Conseil de Paris et demande de convention à la Sécurité sociale. Elles échouèrent toutes deux du fait de notre confusion entre les budgets de soins et de prévention (dispensaire-hospitalisation à domicile) et du fait surtout qu'aucun précédent de ce type n'avait pu être enregistré.

Ce double échec marquait incontestablement le tournant de l'entreprise. Privé d'un moyen de financement l'équipe soignante ne pouvait plus participer, elle n'avait pu le faire jusqu'ici que grâce à des artifices financiers de type "subventions d'expérience" ou recherche statistique sur des médicaments. Privé d'équipe soignante, le club retrouvait sa pesanteur qui le dirigeait vers "un salon de conversation" renvoyant à l'implicite et au"non reconnu" ce réseau relationnel qui en constituait l'ossature. Chacun chez soi en somme. Un autre projet devait lui redonner vie quelque temps plus tard.

Revue

L'échec du projet de conventionnement marquait la fin de l'expérience sur le mode décris plus haut tout du moins ; d'autant plus que parallèlement survenaient deux événements importants : le changement de dispensaire et la nouvelle sectorisation. Un dispensaire tout neuf nous était attribué: situé dans une ancienne maison de jeunes plusieurs fois "mise à sac" par les jeunes de la maison, il trônait au milieu d'un groupe de H.L.M. Incontestablement plus agréable dans sa conception architecturale, il ne fut accepté, néanmoins, qu'avec beaucoup de réticences, réticences qui témoignaient de l'attachement du groupe à son"cadre historique"! En même temps le nouveau découpage de la sectorisation de la région parisienne prenait effet. Le C.P.A. Queue en Brie retournait au Val de Marne, son propriétaire de toujours, tandis que le nouveau service de rattachement du VIIème arrondissement se situait à l'hôpital de St Maurice.

Nous étions orphelins : une nouvelle équipe et de nouvelles conceptions de travail s'imposaient, nous étions coupés de nos racines hospitalières. La tendance naturelle du club à vivre en petite unité autonome s'affirma dans le refus de prendre en considération ces nouvelles données. Il devenait urgent de se donner d'autres perspectives. Ainsi naquit le "restaurant".

Restaurant.

Le projet d'un lieu de rencontre et d'accueil quotidien, devant l'échec des demandes de subvention et de convention devait se poursuivre dans la création d'un restaurant de quartier. Ce restaurant ne devait en aucun cas, être un lieu protégé même si des malades devaient bénéficier de taux préférentiels. Pour le réaliser nous avons fait une souscription auprès des organismes de soins et des personnalités ayant affaire à la psychiatrie soit professionellement, soit par intérêt personnel. Il est actuellement en cours, la souscription et la demande de cautions bancaires ont recueilli un certain nombre d'adhésions.

Je ne m'aventurerais pas dans l'analyse de ce projet plus avant, elle pourrait faire l'objet d'une suite. Certaines contradictions affleurent cependant qu'il importe de noter pour terminer : lieu de la normalité, le restaurant s'adresse à des sujets réputés malades mentaux et est géré par des soignants qui ont abandonné leur statut. Quelles relations conservera-t-il avec le réseau des soins officiels ? Quel type de liens affectifs suppose le maintien d'une relation soigné-ancien soignant ?

Aurions nous versé du coté de l'Anti-Psychiatrie ?

APPROCHE THEORIQUE

LA REUNION QUOTIDIENNE.

La réunion quotidienne.

N'abordons pas d'emblée la réunion quotidienne qui n'est qu'une manière de centrer le déroulement d'une journée de vie à l'hôpital : l'intrication des échanges multiples qui y ont lieu se laisse mal saisir mais peut intéresser toute personne qui participe à un titre quelconque de cette vie communautaire. Dans les allées du parc, dans les couloirs ou dans le bureau médical "ouvert", dans la salle de séjour où la cafétaria - à tout moment - ont lieu des rassemblements, des regroupements spontanés: Des conversations s'engagent que l'on qualifiera par la suite de "conversation de couloir". A certains moments de tension ou de chute de tension les soignants se retrouvent agglomérés dans un bureau ou une infirmerie : certes il s'agit de faire un rapport, de donner des instructions, de prendre des décisions puisque les soignants ne s'autorisent guère à être ensemble sans raison invoquée - il se trouve toujours une voix pour rappeler le devoir de présence auprès des malades. Un malade ou deux peut se trouver là à l'abri ou au chaud. La journée est ainsi parsemée d'occasions de dialogue ou d'échanges qui brassent les différentes personnes vivant tout ou partie de leur temps dans les "murs" de l'hôpital.

Ces regroupements divers font la trame de la vie quotidienne sur un cadre fourni par l'organisation manifeste et imposée à tous : - l'organigramme des réunions et entretiens que chacun s'accorde à trouver

-

pesant alors même que le moindre changement est difficilement toléré

- les différentes occupations fixes - repas, traitements, toilettes, qui peuvent être l'occasion de ces regroupements;

Ces regroupements vont dessiner leur rythme particulier qui se superposera au rythme imposé du programme, constituant ce que l'on pourrait nommer "un filigrane". Il faut noter cette recherche de "rencontre" où l'important n'est guère que de se retrouver. Il est difficile de préciser ce que disent ces deux personnes arrêtées au milieu de la salle de séjour : mais sauraient-ils dire eux-même pourquoi la conversation s'est soudain passionnée ? Pourtant il est difficile de se quitter alors que le sujet semble épuisé : un prétexte quelconque suffit à l'alimenter. Peut être perçoivent-ils qu'ils sont "bien ensemble", qu'être bien ensemble participe du plaisir et devient l'objet même du regroupement à travers les [illegible].

[illegible]

[illegible] ensemble" une défense contre l'angoisse, "Etre bien ensemble" [illegible] ne pas se séparer évoque surtout une défense contre le risque de scission dans une recherche de fusion, d'identité ou plutôt d'indifférenciation. Mais cette recherche peut se métaboliser et prendre la forme d'un échange d'affects en- [illegible] ligne de la rencontre qui nous semble "la seule véritable pour le malade psychotique". (Bibliographie n°1).

problématique que le réseau (de soins assistance protection voire ré-adaptation) peut à tout moment masquer."Dénué de tout dans sa catastrophique dissociation, on pourrait dire que le schizophrène, dans le collectif, commence par se nourrir des relations des autres entre eux pour autant que ces relations conservent une fraicheur, une souplesse, voire une labilité telles qu'elles soient préservées du formalisme et de l'immobilité. Une rigidité organisationnelle fait disparaitre la possibilité de parole. Or il est véritablement urgent que le schizophrène soit nourri par la parole". (Bibliographie n°1)

L'échange d'affect va emprunter le véhicule de l'échange d'information pour se réaliser, mais ne va pas se limiter à celà. Les affects ne peuvent guère se donner libre cours dans le collectif ni être livrés comme tel. En quel lieu la validité de ces échanges et la reconnaissance de cette rencontre peut-il se faire ? Nous verrons plus loin comment la réunion quotidienne peut tenter de remplir cet office.

Le secret.

Du fait de ces entraves à leur libre circulation, les échanges d'affect m'apparaissent s'articuler au secret dont je tenterai de repérer deux ordres.

- le secret médical -propriété de l'équipe soignante est-il communicable au non soignant ? [illegible] la relation médicale [illegible] ?

- la vie secrète de l'hôpital - circuits de vins, relations sexuelles, moyens de fugue et d'évasion - procède-t-elle du secret précédent ? Parvient-elle au soignant ?

L'entrée même à l'hôpital psychiatrique constitue une atteinte au secret puisqu'elle impose la marque et officialise la séparation dont nous parlerons plus loin.

Le sujet hospitalisé va se trouver confronté à une équipe soignante dont il sait qu'elle partage ce sec et qui fait l'objet de discussions et de concertations, autre passage de la ligne de séparation. Le secret médical devient un leurre en milieu hospitalier, de même que la relation de type duel, du fait de la désignation d'une position d'écoute, est rendue caduque. Or le sujet vient chercher à l'hôpital ce qu'il sait ne pas pouvoir y trouver, il reste en effet attaché au secret, alors même qu'il révèle [illegible] en réunion ce qu'il susurrait dans le cabinet médical : on peut penser que retrouvant à l'occasion de la rencontre, ce dialogue rendu impossible, il va reconstituer ce halo de secret que l'on nomme "vie secrète". Les deux ordres de secret se renvoient comme en miroir l'un à l'autre, bloquant l'apparence, le véhicule information pour barrer les affects. On peut en effet formuler l'hypothèse qu'il s'agit moins de protéger le contenu du secret que préserver le secret des affects. Les deux protagonistes du dialogue appréhendent de voir divulgué le secret des affects, appréhension qui concerne aussi les soignants qui hantisent [illegible]

Ce secret concerne dès lors le tiers présent qui assiste à cet échange, peut rendre acte de l'effet produit en lui,

Le "être bien ensemble" devient "que faites vous donc ensemble ?" sous entendant qu'il ne peut être question, quand deux personnes se rencontrent, que d'échanges de sentiments. Comment restituer l'accès aux [illegible] tions des autres entre eux" en [illegible] secret mise pour préserver l'[illegible] la réunion quotidienne peut [illegible]

[illegible]

Il n'y a pas de différence tranchée dans le comportement du malade psychotique en période d'acuité, pendant la réunion ou tout au long des 24 heures. Durant une heure chaque matin se constitue un espace - temps et lieu - défini et délimité - Cet [illegible] physique des individus vivant au pavillon que du réseau d'échanges concrétisé sur place. Le sujet [illegible] pièce animé d'une instabilité et d'[illegible] le au sein du pavillon, va pouvoir éprouver la matérialité de cet espace par d'incessants changements de place. Les [illegible] l'importance que le contenu réel des échanges - en témoigne d'ailleurs la revendication d'attention sous forme de grognements, émise [illegible] nant. Dans la journée le bruit d'ambiance se module de la [illegible] durant la réunion s'installe de [illegible] con inouï et rituelle un silence pesant.

[illegible]

tiers – ou de revendiquer l'attention générale.

J'en citerai deux exemples :

Lors de ma première réunion en octobre 68, j'assistais fasciné et tassé sur mon siège, à la présentation des participants par un malade africain dénommé S. Déambulant le long du cercle, il désignait successivement chacun des présents par un "Monsieur X" (répondant du S ici posé) aussitôt repris en écho par le désigné ou un autre des participants, écho qui restituait le nom patronymique du sujet désigné. A la fin de cette présentation il me dit que le décors étant planté mon interrogatoire pouvait commencer : Qui êtes-vous ? Que venez vous faire Ici ? Que nous voulez-vous ?

Récemment une malade impulsive distribuait des gifles alentour. A l'idée suggérée par un humoriste présent, qu'elle pourrait giffler les trentre personnes présentes, elle éclata de rire et se détendit.

Il n'est pas indifférent que le sujet s'adresse aux cinquante personnes réunies chaque matin, en même temps qu'il dialogue dans le tête à tête du cabinet médical ou qu'il agresse un ou l'autre de ses voisins dans un couloir. Il n'est pas indifférent qu'il devienne un objet d'écoute après avoir été un objet d'attention lors d'une "excentricité" L'intensité de l'attention portée et la percention par le groupe de son incapacité à apporter une réponse, permettent de définir une limite, celle de la permanence de la présence

du groupe face aux diffluences et aux déambulations de l'interpellateur.

[illegible]

La fascination exercée par la richesse des thèmes apportés [illegible] dès lors face à l'attention portée sur l'adresse d'un sujet à un autre. Le sujet en état d'acuité se préoccupe peu de savoir que les autres comprennent son délire, ce qui reste sans effet sur son angoisse, mais il n'est pas indifférent au fait que "la permanence de l'écoute se maintienne au delà de ce qui apparait dénué de sens commun" (Bibliographie n°3)
Alors qu'il lui est difficile de faire la démarcation entre ses propres sentiments, son propre corps et la réalité extérieure qui l'envahit par l'intermédiaire de ses voix, le groupe réuni en rond lui permet de se rassembler... Face à la dilution extrême de la culpabilité retransmise par la radio et la télévision, il trouve une enveloppe de protection.

> Un malade délirant trouve une attention particulièrement bienveillante dans la mère d'un autre également délirant et hospitalisé dans un autre pavillon. Elle témoigne d'une compréhension qui lui a toujours été impossible pour son propre fils. Il lui demande de la suivre pour lui montrer le carreau cassé la veille. "Pourquoi moi" répond-t-elle en refusant.

La désignation.

Cette opération de délimitation de Soi qui n'est pas une mise à distance mais "une rupture" avec le milieu ne peut se faire qu'à condition que des "liens transférentiels s'aménagent dans le collectif". (Bibliographie n° 1)

Je reviendrai sur ce que je disais plus haut de la rencontre et du "être bien ensemble" pour interroger sur leur caractère transférentiel. La ré-union -rassemblement et remembrement - permet de réunir ces différents liens transférentiels pour un même sujet, mais elle permet également de les reconnaître comme tels. La qualité essentielle d'un malade face à un autre malade est de ne pas avoir de projet thérapeutique qui échoit au thérapeute désigné pour recevoir la demande de soins du malade. Mais qu'en est-il de la demande d'écoute ? Dans un hôpital le thérapeute n'est pas l'objet d'une demande délibérée. Pourquoi faudrait il détourner cette demande sur lui [illegible] où elle s'adresse à tout un chacun plutôt que d'essayer de situer l'objet et le lieu où elle s'investit.

Je citerai pour m'en expliquer quelques phrases entendues en réunion :

- Monsieur L. 40 ans, vie de déséquilibre, taxé d'alcoolisme et de névrose grave : "C'est dans le reflet de la personnalité de l'homme en face qu'on peut voir sa propre personnalité".
- Francine, 20 ans, émerge d'une bouffée délirante et anxieuse. Ce n'est pas la première fois qu'elle est malade. Au cours de la réunion elle se plante au milieu du cercle, tout le monde

est étonné de l'attitude solennelle qu'elle prend pour nous déclarer : "Je trouve qu'à travers tout le monde à travers tous les pensionnaires, ici on est pas mal soigné, mais je me demande comment on sort a[illegible] c'est tout".

- Madame H. et Madame H. toutes deux mères de schizophrènes hospitalisées pour avoir mal supporté la maladie de leur fils respectif, échangeaient leur façon d'administrer le largactil dans la soupe. Monsieur L., paranoiaque, leur dit "Vous devriez fonder une société anonyme".

Ce repérage constituera en soi une prise en considération et un dont acte sur lequel nous reviendrons après avoir tenté d'analyser comment l'investissement s'opère.

Impliqué/Concerné

Ce n'est tout d'abord qu'en spectateur qu'un sujet participe à une scène impressionnante ou anodine qui se déroule sous ses yeux même s'il est quelque peu concerné par le tumulte, le dérangement ou tout simplement son exclusion à lui contenue dans tout échange entre deux sujets (voir plus haut). Le sujet impliqué dans un état d'acuité le concerne dans la mesure où il partage le même lieu de vie. Lorsque l'indifférence ou le silence seront rendus impossible parce que plus angoissants encore que la scène à laquelle il assiste, il deviendra véritablement concerné et interviendra par l'agir ou le parlé au niveau du sujet impliqué.
Le couple concerné/impliqué se caractérise donc par le double effet réciproque et synchronique de sa relation :

- effet d'interpellation chez le sujet concerné
- possibilité d'écoute pour le sujet impliqué

Notons que la présence d'un tiers semblait nécessaire pour permettre l'établissement de cette relation, nous y reviendrons à propos du dont acte.

Lorsqu'un sujet ressent ou comprend l'angoisse d'un autre sujet impliqué dans un état d'acuité, il deviendra concerné au delà du concernement tenant à l'appartenance à la communauté. Le sujet impliqué peut alors percevoir, dans un regard qui se retourne sur lui même, le quelque chose qui s'est marqué de lui chez le sujet concerné. Cette inscription sur l'autre (sur les lieux, sur les objets) constitue-t-elle ce que nous avons tenté de repérer sous le terme emprunté à H.Chaigneau, de rencontre et dont nous interrogions le caractère transférentiel ? Il faudrait alors reconnaitre (et donner acte) le caractère thérapeutique de cette relation, d'où notre dénomination d'"effet psychothérapeutique". Cette relation se crée et s'aménage dans le collectif ainsi constitué qui lui emprunte sa reconnaissance.

Bien que

Pour un sujet donné le fait d'être hospitalisé suffit à le concerner pour tous les évènements de la vie quotidienne mais il s'agit d'aller au delà de la réaction spontanée : "Je ne veux pas le savoir, ce ne sont pas mes affaires". Ce concernement se manifeste au moment de [illegible] sion par l'ensemble des membres du pavillon comme une preuve de son existence en tant que groupe. L'ensemble des membres du pavillon - dont les raisons d'être assemblés

sont fort minimes en apparence - parce qu'ils sont concernés par les évènements de la vie pavillonnaire, se découvrent être les éléments constitutifs d'un groupe communautaire. D'où la remarque notée souvent : "on est mieux ici qu'ailleurs", soulignant à la fois la fusion rassurante dont nous parlions plus haut, mais aussi la participation à une groupalité constituée. La réunion quotidienne permettra de manifester les limites de ce groupe et leur perception par les participants, délimitera le champs d'investissement de cette groupalité. [illegible] à cet ensemble ne tient pas au fait d'être hospitalisé en un lieu précis mais à ce qui concerne en commun - à ce bien commun. Bien commun qui est aussi celui des soignants, notons le, bien commun constitué de l'évènement majeur ou du fait plus anodin : un flirt ou une liaison - le "secret de polichinelle" - la fugue ou le décès - l'agitation, le bruit, l'agression, le réveil de nuit.

Donner acte.

La réunion quotidienne trouve dès lors son sens dans le partage de ce bien commun, non seulement de l'agir en commun mais du sens de cet agir. Elle prend en considération [illegible] à dire "attention" : authentifier l'échange, [illegible] la réunion [illegible] rôle de tiers dont nous parlions plus haut : tiers qui permet que la relation [illegible] lise en échange d'affect, dépassant la relation du "être [illegible]" [illegible] te à prendre en compte l'affaire grave ou l'évènement anodin, le tout venant de la quotidienneté procédant d'un ri-

tuel qu'il importe de tenter de repérer :

- rituel des lieux : ce qui se dit dans le bureau est différent de ce qui se passe dans le couloir.
- rituel des horaires : quatre heures des médecins, huit heures des infirmiers, vingt quatre heures des [illegible]
- rituel des fonctions et des rôles.

Le rituel de la réunion quotidienne imprime-t-il sa marque [illegible] n crée une enclave temporo-spatiale de mise en commun ou de partage du "bien commun", il prend en compte ces différents rituels mais permet de les examiner de façon critique. Nous avons vu comment il tente de restituer à l'échange soignant son rôle dans le circuit thérapeutique, de même on pourrait dire [illegible] M.Chaigneau que " les techniciens placés là pour soigner ont beaucoup plus à être ce qu'ils sont qu'à avoir des fonctions correspondant à leur rôle, c'est à dire à soigner les malades."C'est par l'être que passe la rencontre, c'est par l'avoir que passe l'oppression et sa complice la dépendance. Le constat de l'incapacité à répondre à l'angoisse du malade:cet état d'acuité devient le constat de tous - soignants et soignés - dès lors qu'on ne répond pas automatiquement [illegible] Ce constat peut être le [illegible] il ne nivelle pas dans un égalitarisme soi-disant démocratique tous les rapports. Il permet peut-être alors de débattre et d'examiner les lois relationnelles du collectif, de [illegible]

nir sa place en prenant en considération au mieux de la [illegible]
acte". "Son rôle s'apparente à celui du récitant du théâtre
antique qui s'en tient au commentaire et à la conclusion".
(P. Moulin).

Résumé.

De tout ce qui précède il ressort que ce mode d'abord du collectif hospitalier s'adresse surtout au sujet "réputé psychotique" pour autant qu'il forme la majorité de la population hospitalière et bien que d'autres "entités nosographiques" se trouvent vivre à l'hôpital en même temps. Il n'est pas exclusif d'autres modes de traitements - médicamenteux - psychothérapie individuelle [illegible] en considération de façon particulière la vie et les échanges du collectif hospitalier de soins. Il prétend intégrer la psychanalyse comme mode d'appréhension des [illegible] non comme technique de soins de même qu'il se distingue radicalement des réunions décrites comme : dynamique de groupe, psychothérapie de groupe etc... Il insiste sur le caractère thérapeutique des échanges et des rencontres entre [illegible] hospitalière en utilisant à des fins thérapeutiques le col- [illegible] - le donner acte - de la réalité de ces échanges. Il n'exclut [illegible] ce terme de passage obligé du malade réputé psychotique dans

"Le lieu hospitalier se transpose "dans la communauté" (urbaine ou rurale) en conservant la nécessité - pas seulement par manque de moyen - d'un temps de soins" institutionnel"

Rappelons que la réunion quotidienne a repris naissance en Mai 68 (expression historiquement consacrée) c'est à dire à un moment de bouleversement non seulement des structures de soins mais aussi des rapports liant entre eux soignants et soignés, soignants et soignants, à un moment où le collectif soignant, mais dans [illegible] ne pouvant plus répondre au lieu et place du collectif qui a donné place à ce collectif global. A un moment également où les événements socio-politiques concernaient au même [illegible]

Un jeudi de Toussaint, un effectif très réduit était réuni dans la salle du club. Une discussion s'était instaurée, relatant l'histoire du club et tentant de cerner la nature des liens qui s'établissent entre les membres de l'association.

S... nous propose une illustration que je vais vous [illegible] relations avec Madame D.

> - Sorties de l'hôpital en même temps - elles y avaient lié connaissance - elles se promettent de se revoir à la manière des voyageurs en groupe qui se jurent une amitié éternelle et s'empressent de s'oublier une fois la vie"normale" reprise. Madame D. elle, n'oublie rien et vient voir Madame S. régulièrement pour l'aider dans son ménage en signe de remerciement. "Remerciement de quoi? " se décide enfin à demander Madame S.
> Elle s'entend répondre : "Pendant mon hospitalisation, alors que je pensais que tout le monde m'en voulait, vous m'avez arrêté dans le couloir pour me dire : "vos histoires, je n'y crois pas". "Ca m'a ouvert les yeux".

Une autre illustration devait nous être fournie par Madame J. Un épisode de sa vie en relation avec le club nous a été connu par témoignage direct ou recoupement sans que nous n'ayons jamais à connaître la totalité des événements et

> - Connue de tous pour les épisodes fracassants qui ont jalonné son existence de placements d'office et de fugues

multiples, elle a abrité pendant de longues semaines dans son logement plusieurs membres du club qui traversaient des moments difficiles et qu'en d'autres circonstances, l'hospitalisation aidant, on aurait baptisé "rechutes".

Son histoire nous a d'ailleurs aidé à élaborer un projet, qui n'a duré que quelques temps, projet de mettre certains malades en période d'accu[illegible] tres qualifiés de "stabilisés".

Ces illustrations introduisent notre propos sur le transfert "hors les murs" du réseau d'échanges né à l'hôpital et [illegible] ce qu'il en advient. La naissance hospitalière du club n'[illegible] pas sans importance même s'il devait s'enrichir peu à peu de l'apport direct des consultants du dispensaire. Je serai donc conduit à un certain nombre de parallèles entre le vécu de la réunion quotidienne et celui du club en essayant [illegible] infléchit ce vécu.

Nous l'avons vu plus haut, trois facteurs se sont conjugués conduisant l'ensemble du collectif pavillonnaire dans la communauté :

[illegible]

mais aussi des possibilités de soins plus ou moins grandes en ambulatoire.

– Sortie des infirmiers qui inauguraient une for–

[illegible] à domicile et découvraient , les yeux dessil- [illegible]

[illegible]

La constatation s'est alors imposée à notre observation de la persistance des échanges lorsque cette observation se situait au niveau du point de rassemblement, la salle d'attente, et pour peu que la rigidité des heures de rendez-vous n'entrave pas la possibilité de "croisements". Les échanges s'enrichissent et s'étendent : la famille, les voisins [illegible] s'interchangent. Un réseau de relation se constitue spontanément autour du malade, entre le malade et s[illegible] rage.

– Soit préexistant, il peut alors éviter la réaction de rejet qui se manifeste à l'occasion d'une crise ou d'un état aigu [illegible]

[illegible] la crise ou de la mise en route d'un traitement ambulatoire. Le club a donc pour but de prendre en considération (donner la prééminence) le rôle de ce réseau spontané – réseau qui recouvre et interpénètre deux ordres de réseaux relationnels [illegible]

– Celui, souvent difficile, qui existe entre le malade et son entourage.

[illegible]

réunions de club entre les membres de l'association.

[illegible]

En se déplaçant vers l'extérieur, le collectif exporte un certain nombre de rites qui le régissent et se [illegible]

tent au rituel propre du lieu "dispensaire". Nous avons vu comment la relation médicale traditionnelle est déplacée au profit d'une prise en charge par le groupement, mais cette prise en charge va déborder [illegible] l'organisation propre [illegible]

[illegible] parallèlement, le club [illegible] le rôle du rituel propre qu'il tend à dégager. Le temps se trouve ainsi [illegible] découpé en fonction des deux temps forts – [illegible] – [illegible] port au reste de la semaine, par rapport à la demande de chacun qui est fonction de l'état du moment.

J'insisterai plus sur l'importance des lieux qui ont [illegible]

Les premières réunions ont eu lieu dans un vieux dispensaire d'hygiène sociale à double appartenance – tuberculose et hygiène mentale. La relation entre les deux équipes était [illegible] inexistante. Au bout de deux ans [illegible] dans un tout nouveau dispensaire, préfabriqué, dans les locaux d'une ex-maison de jeunes. Le vieux dispensaire est resté pendant de longs mois le lieu privilégié de toutes les conversations de regret, à tel point que l'un d'entre nous a continué à faire une réunion, sur les deux hebdomadaires, dans l'ancien local. On n'en finissait pas de regretter cette ancienne salle de réunion dont la caractéristique essentiel- [illegible]

[illegible] de l'hôpital. L'origine du fait du nouveau découpage de la [illegible]

A quoi correspond cet attachement aux lieux ? En quoi participe-t-il du rôle total de la personne morale "Association" ?

Cadre.

A travers les lieux et les horaires se constitue progressivement un cadre dont la permanence, nous semblait-il, conditionnait la perméabilité du réseau et sa possibilité de"fonctionnement". Il faut noter en effet qu'au fur et à mesure des développements du club, les malades en période d'acuité qui y participaient, tendaient à venir s'y soigner en évitant le temps oblicé d'hospitalisation marquant la "rechute". La permanence de l'accueil devient ainsi une nécessité, permanence assurée par le club qui passe contrat avec un certain nombre de malades sur le rythme de leur participation. Pour maintenir une présence le club s'assure la collaboration d'un certain nombre de techniciens, médecins, infirmiers, assistantes sociales dans le but d'effectuer les soins nécessaires et de créer ce cadre sur lequel les échanges "filigranés" peuvent s'inscrire.
Le rôle de ces soignants employés par l'association est multiple :
- Rôle de soins classiques dans une situation d'urgence ou dans la continuité d'un traitement ambulatoire.
- Rôle de conseiller technique et d'intermédiaire avec les organismes de soins existants et les instances administratives.
- [illegible] la présence [illegible] des en s'associant au réseau spontané sans en prendre la

responsabilité, Rôle de garant "technique" de ce réseau.
- Surtout participation aux relations qui s'instaurent telles que nous l'avons décrit plus haut et dans la mesure où le soignant placé là "a plus à être ce qu'il est qu'à voir des malades".

J'insisterai sur le fait qu'il ne s'agit pas de nier le rôle technique de soin imparti à ces soignants mais de permettre que le collectif rassemblé sous la dénomination de club puisse prendre en compte le réseau relationnel sur lequel il se fonde et utiliser lui même les ressources techniques dont il peut disposer pour faire face à l'émergence d'un questionnement imputable à la "folie". Nous retrouvons le schéma repéré plus haut dans la communauté hospitalière d'interpénétration contradictoire entre la trame des échanges et le cadre plus ou moins rigide, en fonction des circonstances, du schéma organisationnel de la communauté

Impliqué/Concerné

La relation qui peut s'établir entre deux sujets n'est pas sans nous rappeler ce que nous avons vu de la rencontre et de la relation d'implication/concernement à l'hôpital. L'inscription d'un évènement imputé à la folie cause un dérangement qui concerne l'soignant en tant que sujet à l'origine mais là encore c'est au moment où il n'est plus possible de répondre par "ça ne me regarde pas" qu'émerge un véritable concernement possible. L'angoisse d'un sujet impliqué dans un état d'acuité [illegible] ce qui est de plus profond chez le sujet concerné " L'interpellation du psychotique est si intense, si dénuée qu'à ne pas être tenté de la méconnaître, on peut se demander

si on n'en exprime pas ainsi la méconnaissance la plus absolue" (Bibliographie n°1). Cette tentation de méconnaissance - quelle part prend-elle dans ce que nous dénommerons plus loin la représentation de la maladie mentale. Défense "naturelle" contre l'angoissant de cette interpellation, elle peut rejoindre la conduite de rejet pour autant qu'un savoir se trouve placé là pour qualifier d'affaire de spécialiste l'interpellation précitée. Le sujet impliqué peut alors être rangé dans la case (nosographique) prévue à cet effet. Mais le sujet interpellé au nom de ce qui le lie au malade impliqué (parenté, voisinage, responsabilité de service public, amitié) peut se trouver concerné dans la mesure où l'essentiel de l'interpellation est entendu à travers la tentation de méconnaissance. Le soignant, technicien placé là, peut tenter de pointer cette tentation au niveau de la réunion de club, son rôle désigné de désignation, permettant alors de "prendre acte" de cette interpellation. Le couple impliqué/concerné dont nous avons vu plus haut les caractéristiques peut alors se reformer. Le rôle de tiers médiateur est-il constitué par la personnalité "club" ?

Remémoration.

Le fait d'être hospitalisé dans le même pavillon suffisait à l'hôpital pour constituer un premier concernement possible. Réunis une fois par semaine, le jeudi après-midi, quinze à cinquante personnes environ vont se rassembler là pour se constituer en groupe d'un premier temps. Un cercle se forme qui se généralise par la discussion mais se fragmente en petits groupes sauf aux moments des "conseils d'administration" décidant des orientations pratiques et théoriques de l'association.

Peu à peu cette mise en commun va interroger la vie récente du groupement, les événements anodins ou plus importants, l'état de chacun des membres notant la rechute ou la persévération d'une"amélioration", entraînant tout à coup la "commémoration" reprise du vécu en commun pendant l'hospitalisation ou les débuts difficiles du club, reprise également des péripéties de la vie de chacun avec sa trajectoire surtout hospitalière mettant en concurrence différents établissements. Cette commémoration apparemment inlassable représente la répétition de la répétition apparente d'une trajectoire de vie psychotique qui réitère les périodes de rechute et les périodes de mieux entraînant apparemment un apprentissage des mesures appropriées pour y répondre adaptées à un sujet donné.

Cette répétition de l'histoire qui entraîne la répétition des attitudes et des mesures, entraîne "la pérennité des mesures". Je souligne volontairement cet aspect de l'activité du club qui pourrait justifier le reproche, que l'on nous a souvent fait, de constituer une "vacuole" où la folie trouverait sa place à l'écart, reprenant à son propre compte la rejection dont elle est l'objet. En effet, la pérennité des mesures et des attitudes ne peut être que sur-aliénante, ajoutant à l'aliénation mentale, celle imposée par le collectif. Notons que cela n'est pas sans évoquer ce qu'on appelle couramment "continuité des soins" pour parler de "soins continus" en oubliant le caractère discontinu de la

. . . . .

Mais le sujet va le plus souvent moduler lui-même la distance qu'il introduit entre lui et le collectif ici dénommé

club par le jeu de la rupture des liens qu'il provoque de temps à autre. Lorsque cette rupture advient comme objet de discours, elle permet de dépasser la pure répétition pour rejoindre ce que l'on pourrait repérer comme "travail de deuil". Lorsqu'une nouvelle, une inquiétude ou une information surgit à propos d'un sujet - ou d'un lieu, ou d'un projet - s'établit une remémoration. Cette remémoration tient du travail de deuil, deuil de la relation ou du projet, nécessaire pour que le retour éventuel ne soit pas marqué par une pure répétition de ce qui s'est fait avant. Le collectif peut dès lors inscrire en creux dans son histoire propre, l'histoire du sujet faite de fragments vécus ensemble et de périodes de silence, introduisant la possibilité de nouveaux fragments - la disponibilité. Disponibilité continue qui permet au sujet de retrouver le milieu qu'il a connu lors d'une période de vécu catastrophique mais qui ne le fige pas dans la répétition de ce qui s'est passé comme si "c'était immuable".

Je rappelerai à propos de cette opposition commémoration/remémoration, l'opposition que nous avons repérée plus haut à propos de la réunion quotidienne entre la fusion (indifférenciation rassurante) et la probabilité d'un réel échange différencié rendu possible par une interruption d'un lien. A certain niveau la commémoration nous évoque la même fusion la même façon de répéter le "être bien ensemble" pour ne [illegible] ce que nous avons vu de la nécessaire médiation soin, médiation qui s'inscrit dans la remémoration.

Effet psychothérapique.

Cette disponibilité introduit la nécessaire souplesse - voire labilité - dans les relations interpersonnelles que nous notions comme nécessaires. Là comme ailleurs il "est urgent que le schizophrène soit nourri par la parole". Cette parole existe dans son entourage. Là encore le club réuni "prend acte" du tout venant mais ce tout venant ne se déroule plus dans un univers clos, il s'étend et s'échange dans le "réseau spontané", nouant ces relations de façon labile et ponctuelle en situation. Le sujet impliqué pourra voir ce qui s'est marqué de lui chez le sujet concerné en sachant que cette relation pourra changer l'ordre de ses tenants sans pour autant changer de nature. Le caractère transférentiel de cette relation et l'éclatement multiple de ces liens transférentiels rendent compte de la dénomination que nous avons empruntée d' "effet psychothérapique". Il ne s'agit pas en effet d'une relation à caractère transférentiel mais bien d'un "effet" ponctuel qu'il importe de prendre en considération - prendre acte. Nous verrons plus loin comment cette observation nous a paru légitimer la proposition d'une "rémunération du sujet qui se soigne" comme reconnaissance de cet "effet" . Encore importe-t-il qu'il ne se borne pas à un constat.

Tiers garant.

Le club se constitue donc en personne morale dûment reconnue par une estampille au journal officiel dénommée : "Association loi de 1901". Le rôle de tiers symbolique, per-

mettant aux rencontres spontanées et aux réunions de club de ne pas se borner à être répétitives et fusionnelles, est-il tenu par cette personnalité ? Je poserai cette question-hypothèse sans la résoudre mais en tentant de repérer quelques caractéristiques qui m'apparaissent essentielles pour permettre de l'envisager.

Constitué d'une association de membres qui se trouvent être à la fois garants et garantis, il permet à chacun de resituer la responsabilité propre qui lui incombe, évitant la "prise en charge" pure et simple de ses problèmes par une équipe technique. Les assemblées officielles type conseil d'administration, réunion de bureau etc... permettent d'envisager le tout auquel se réfère chaque participant.

J'insisterai également sur la notion de contrat passé entre l'association et un de ses membres pour un traitement d'une durée déterminée. Ce contrat qui existe de façon implicite dans toute relation médicale "classique" est banni bien souvent dans nos stuctures de soins du fait de la gratuité des soins, de la désignation de la position de l'écoute, etc..

Le tiers peut s'incarner dans le mesure où, n'étant pas investi d'un pouvoir direct, il peut reconnaître la demande qui se formule, reconnaître"qu'il se passe quelque chose" sans pour autant y répondre directement.

Le rôle du soignant-médecin en particulier m'apparait moins clair dans la constitution de ce tiers. Je pointerai cependant ce qui m'apparait comme une nécessité : "Parler de soi". Une façon de parler de soi, est de dire quand on ne supporte plus un malade, sa présence, ce qu'il est. Aller jusqu'à

le lui dire alors qu'on sait les classiques recommandations de maîtrise et de neutralité. "Parler de soi" ou parler de ce que vous fait le sujet en face de vous et non pas de l'étiquette qu'il évoque. Ce parler de soi trouve d'ailleurs tout son sens au niveau de la cooptation de l'équipe de soins et de ses déterminations affectives.Un tel matériel s'il est reconnu comme plus qu'anecdotique, me semble déterminant quant à la façon dont s'élabore la position de l'écoute. Ces quelques annotations sont, je le répète, posées ici sous forme de questions mal élucidées. Je resterai là faute de pouvoir mener plus loin cette réflexion.

Résumé.

Le réseau spontané des relations s'établit entre les malades et leur entourage. Il est difficile d'en rendre compte dans la mesure où sa caractéristique naturelle est d'être diffus et de n'émerger qu'en partie.La réunion du club permet de donner la préeminence au rôle de ce réseau en se constituant en Association qui peut jouer le rôle de tiers médiateur permettant de symboliser ces relations. Le club met en place un cadre à double niveau :

- Accueil permanent autour de ses réunions.
- Réseaux de soins par l'emploi de techniciens vacataires de l'association.

Ce cadre sert de lieu d'inscription et d'expression aux relations nouées dans le réseau et permet de donner acte de leur caractère "psychothérapique".

Ce cadre et ce réseau ne visentpas à se substituer à une thérapie individuelle ou de groupe pour chaque sujet . Il tend simplement à les situer dans un autre contexte.

LA REPRESENTATION DE LA MALADIE MENTALE.

Représentation de la maladie mentale.

Il est postulé :

- que le discours du malade est un non sens
- qu'il ne peut effectuer de démarche propre et que doit s'y substituer l'entourage immédiat - famille ou amis - qui délègue ses pouvoirs aux services sociaux compétents : hygiène sociale, prévention, police etc... Ceci, de façon irrévocable, assigne au malade un statut social de sujet assisté à qui est destiné tout un réseau de soins assistance, protection voire réadaptation. Il s'ensuit une série de mesures et d'attitudes stéréotypées :
- mise à l'écart du milieu social et professionnel - consistant en un rejet puis une exclusion presque total du milieu dit "normal". On aboutit en fin de chaine au spécialiste - supposé détenir une écoute spécifique - qui cautionne cette rejection de par sa spécificité même.

Or il s'agit moins, pour nous de répondre à unesoi-disant demande que de faire que se retrouve un discours perdu - une histoire perdue - "... et quand il s'agit du psychotique, on a justement le sentiment d'une histoire perdue." (Bibliographie n°3). Qu'en est-il de la véritable demande du sujet au travers des manipulations de ce circuit ?

Il s'agit moins d'écouter le fou que de refuser cette position d'écoute désignée en lieu et place de l'écoute potentielle portée par le corps auquel elle s'adresse. Il nè s'agit pas de nier la faille de la folie, mais de tenter de retrouver le sens et le lieu d'adresse de son discours

et pour cela interroger la représentation qui est donnée de la maladie mentale. S'interroger pour savoir si la rupture du dialogue, de la compréhension de l'écoute est le fait du fou ou de l'inadéquation qui s'installe entre une position d'écoute perdue et un certain propos qui émerge et devient irrécevable. Ce propos est porté par tout homme de façon potentielle mais il est habituellement réprimé - refoulé. Surgit-il à l'occasion de la faille de la Folie ?

Représente.

"Le malade mental est sous l'emprise d'une représentation qui est donnée de lui à partir des sentiments et réactions de l'opinion publique et de ce qu'en disent les spécialistes, les "psychiatres". La relation représentation/sujet représenté se substitue alors à l'échange écoute/demande devenu impossible du fait que le sujet ne peut plus s'adresser qu'à celui que sa fonction est censée définir pour remplir ce rôle. Ce jeu de substitution va jusqu'à disqualifier l'écoute déterminée et volontaire du soignant psychiatrique, en faisant un simple garant de la représentation. Or le discours du malade, non sens apparent pour le corps social, retrouve un sens pour le soignant psychiatrique. Or les autres présents à l'hôpital psychiatrique, désignés malades ou soignants supposés normaux, peuvent occuper une position d'écoute "non désignée" qui recueille bien davantage l'expression de la demande. Or le réseau spontané des relations montrent la possibilité d'un échange demande/écoute entre deux sujets qui se sont librement choisis. Une position

d'écoute n'est adéquate avec une démarche propre que lorsqu'elle n'est pas désignée par la représentation de la maladie mentale mais électivement choisie par le sujet. Il importe donc de prendre acte du contrat qu'implique une demande, préalable à un effet psychothérapique quelconque. On agira ainsi non pas sur la maladie, il ne s'agit pas de la nier non plus que de rivaliser avec le rôle technique du soigner qui reste indispensable - mais sur le statut qui lui est donné c'est à dire sur ce qui conditionne la possibilité d'écoute.

Hôpital psychiatrique.

" L'expression clinique renforce l'impression que pour un grand nombre de gens, la maladie mentale est l'état de soigné dans un hôpital psychiatrique... La malade mentale est semble-t-il l'état dans lequel se trouvent ceux qui doivent aller dans un établissement psychiatrique, mais jusqu'à ce qu'ils y entrent tout ce qu'ils font est considéré comme "normal". (Bibliographie n°7). L'entrée dans la folie équivaut à une bascule du sujet dans un autre univers, à lui spécifiquement destiné, où les us et coutumes ne sont plus ceux qui ont cours dans la vie "normale". A quel moment se situe cette bascule ? Il semble bien qu'on puisse "mener toute une vie psychotique sans être hospitalisé ni soigné ni diagnostiqué. Mais il est bien rare... qu'un sujet aperçu en tant que schizophrène passe dès lors toute sa vie sans être reçu dans un établissement de cure." * La marque s'impose, inscrite au fichier des "aliénés dangereux" ou dans le décompte des heures de travail perdues de façon définitive-

*(Bibliographie n°1)

ment inexplicables puisque il ne peut être question d'en faire état dans une demande d'emploi quelconque sous peine d'échec quasi certain. L'avant et l'après sont séparés par l'insciption brutale de cette consécration qui épingle le sujet à tout jamais mais peut être "après ce n'est plus jamais pareil"! Une entreprise de mise à l'écart, de rejet puis d'exclusion se met donc en fonctionnement mais au fur et à mesure de son déroulement elle fige le sujet dans un statut qui devient de plus en plus pesant et définitif pour finir par le définir complètement, confondant totalement la "maladie" et la personne, faisant qu'il n'a pas la schizophrénie mais qu'il est un "schizophrène" comme on est noir, juif ou gauchiste. Qu'en advient-il de son statut de sujet face à la"science psychiatrique" qui a pour objet d'étude le"schizophrène".

La progressivité de cette consécration se traduit de façon concrète à l'hôpital psychiatrique. Passé le seuil, s'instaure un processus de dépersonnalisation,expérience quasi obligatoire de ce qui est classé comme un symptome psychiatrique : dépouille de ses vêtements, de son argent, de ses papiers : revêtu d'un uniforme,partageant la vie de dortoir d'une trentaine d'individus qu'il n'a en rien choisi, le sujet fait l'expérience de l'irresponsabilité totale, est-il encore un sujet ? Convaincu enfin qu'individualité et identité ne sont en aucun cas synonimes, il peut rencontrer une équipe soignante qui traitera tous ses souçis personnels comme des symptomes et possèdera tout pouvoir sur son sommeil, sa sortie, ses déplacements. Il ne s'agit pas de dénoncer des pratiques considérées comme barbares, qu'on nous

entende bien, mais de tenter de repérer au delà des améliorations matérielles possibles, comment la marque qui s'impose, se traduit au cours même de l'hospitalisation.
En douterait-on que le système d'échanges qui s'instaure avec des acquis, des décharges et des bons, viendrait nous démontrer qu'on répond aux besoins sans que puisse s'articuler une demande se référant à un désir.
Ce niveau du besoin répond au caractère "infantilisant" de la juridiction qui ôte tous ses droits au sujet hospitalisé et la responsabilité civile et pénale de ses actes.
Ces quelques traits rapidement relevés ne sont que le témoin de la "marque" dont je parlais plus haut, je vais essayer d'étudier en quoi cette marque est rendue"nécessaire" par la représentation de la maladie mentale qui opère une ségrégation.

Ségrégation.

" L'acte ségrégatif est un acte par lequel l'identité de l'autre est niée". (Bibliographie n° 4). Rappelons le caractère angoissant de l'interpellation du psychotique, d'autant plus angoissant que la brutalité de son apparition pose sans transition le problème de l'apparition de la différence de l'étrangeté de la différence. On est conditionné à penser que le fou est dangereux et inquiétant mais ceci sert à masquer une inquiétude bien plus profonde qui concerne la mise en question radicale que porte le discours du fou dans son interrogation "signal du déchainement possible des pulsions. ébranlement qui pour être de l'ordre de l'inconscient n 'en est que plus alarmant".* Dès lors sa fonction de réassurance

*(Bibliographie n°1)

devient plus évident dans la mesure où tout ce qui est de l'ordre de l'insolite, de l'inhabituel trouve son explication et perd son pouvoir de questionnement par un rejet dans l'inexplicable. L'ordre peut retrouver sa place puisqu'il a trouvé une limite au delà de laquelle un phénomène est rejeté dans les ténèbres et ne peut plus faire l'objet d'une tentative d'analyse mais est intégrée comme forme au limite stable. "L'insolite du fou n'est plus véritablement étonnant puisque sa norme est "d'être insolite". (Bibliographie n° 4). L'inscription brutale de la différence est niée dans la mesure où elle est tellement radicale qu'elle devient inclassable et forme un tout, un bloc où aucune individualité aucune identité ne se détache.

L'identité d'un sujet se fonde sur l'affirmation de ce qui est identique et de ce qui est différent chez l'autre permettant de saisir son individualité dans la différence.

Si le discours ou l'attitude de l'autre devient intolérable, le sujet en percevra plus le discours différent mais l'autre différent le rejettant dans une "catégorie" qui le constitue dans son être. On peut retrouver là, ce que nous disions du "être schizophrène" par rapport à "avoir la schizophrénie". La tentation d'aliéner l'autre dans cette définition est d'autant plus grande que l'intoléré en appelle à le nécessité d'affirmer cette différence de façon étanche. "Avoir un grain de folie n'est pas être fou". Cette nécessité se fait jour quand il n'est plus possible de s'identifier à cet autre sans reconnaitre comme faisant partie de soi le réprimé refoulé dont je parlais plus haut. La menace de la bascule impose, pour conserver son identité, de reje-

ter dans un autre monde cette inscription.
Notons que cette expérience de l'identité et de la différence nous renvoie à l'expérience de la différence des sexes qui renvoie elle même à l'expérience primordiale de la"différence"en tant que telle et à cette phase de transition que l'on appelle castration.
Cette tentative de compréhension du fait ségrégatif me semble très éclairante dans le problème qui nous occupe, celui de la maladie mentale. Il rejoint en effet ce que nous avons pointé à propos de la tentation de méconnaissance et de la possible relation d'implication/concernement. Mais le fait ségrégatif n'appartient pas en propre à la folie, il s'applique suivant les époques à des catégories de personnes différentes, vécues comme menacantes pour la "norme". Comme le note A.Didier, on a pu rassembler sous le nazisme des catégories aussi différentes que les juifs, les communistes etc... les malades mentaux sous une même condamnation.
Qu'en est-il de la catégorie "folie" ou le malade mental dans notre société "scientiste".

Normal/Pathologique.

Nous l'avons vu, la parole du fou, en dehors de la loi possède un potentiel angoissant : celui de mettre radicalement en question le sens de cette loi du sens commun.
Michel Foucault a montré dans son histoire de la folie comment le Moyen âge a permis à cette parole de conserver sa fonction de parole angoissante et comment la société occidentale a progressivement évoluée vers une interdiction et un rejet en troquant les chaines de fer contre celles de l'ordre moral. L'aliéné va être maintenu beaucoup plus

surement par le remords et la honte. L'acte historique de Pinel trouve aussi son explication là et pas seulement dans une historique de libération. La guérison du fou devient reconnaissance de sa culpabilité et naissance du remords. Tout le traitement va alors consister en une "punition" que l'on réitérera jusqu'à obtenir la critique du délire, terme si souvent rencontré dans nos modernes certificats, critique accompagné d'un "repentir" qu'annonce un torrent de larmes. L'opposition raison/déraison se retrouve et se recoupe dans le couple moral faute/pardon fondant un système dont la base est l'exclusion. Elle a permis d'édifier par la suite, avec l'apparition de l'idéologie scientifique, un corps de doctrines psychologiques reprenant les lignes de partage en normal/pathologique et une classification basée sur l'observation "clinique". On voit la fonction que conserve un tel système que l'on pourrait repérer comme un "système de défense" que se donne le corps social, permettant de désamorcer ce qu'il pourrait y avoir d'angoissant dans l'expression du délire.

"On me dira que tout ceci est fini aujourd'hui ou en train de s'achever, que la parole du fou n'est plus de l'autre côté du partage, qu'elle n'est plus nulle et non avenue, qu'elle nous met aux aguets au contraire, que nous y cherchons un sens, ou l'esquisse ou les ruines d'une oeuvre ; et que nous sommes parvenues à la surprendre, cette parole du fou, dans ce que nous articulons nous même, dans cet accroc minuscule par lequel ce que nous disons nous échappe. Mais tant d'attention ne prouve pas que le vieux partage ne joue plus ; il suffit de songer à tout le réseau d'ins-

titutions qui permet à quelqu'un - médecin psychanaliste - d'écouter cette parole et qui permet en même temps au patient de venir apporter, ou désespérément retenir, ces pauvres mots ; il suffit de songer à tout celà pour soupçonner que le partage, loin d'être effacé, joue autrement selon les lignes différentes, à travers des institutions nouvelles et avec des effets qui ne sont point les mêmes". (Bibliographie n° 5)

Rémunération.

Si le partage demeure, l'interpellation d'un sujet en proie à l'angoisse peut le remettre en cause pour autant qu'elle peut être entendue et reconnue. Ceci est proposé comme hypothèse connue utopie - pays imaginaire où un gouvernement idéal règne sur des gens heureux - la rémunération du sujet qui se soigne comme moyen de reconnaissance. Cette proposition a le souçi d'attribuer un statut - une position étant reconnue par la rémunération qui lui est donnée par le corps social - à celui qui se soigne et non pas à celui qui soigne. La position de l'écoute trouve dès lors sa reconnaissance par l'adresse de la demande qui lui est faite. Il ne peut être question de créer des soignants qui seront aussitôt figés dans leur désignation, en rémunérant une position d'écoute repérée.

Il s'agit, écrivions nous, de reconnaitre le droit à la folie mais en faisant cette proposition, ne s'agit-il pas en fait d'essayer de l'intégrer comme fonction. Je ne saurais aller plus loin dans cette analyse, proposant cette hypothèse comme "provocatrice" à une réflexion plus avancée.

CONCLUSION

Conclusion.

Le club du XIIème est un rassemblement de personnes fréquentant la consultation d'hygiène mentale du XIIème arrondissement de Paris - malades suivis en post ou pré-cure, et soignants. A l'origine de ce rassemblement se trouve un pavillon du centre psychothérapique des Murets Dans ce pavillon s'est instaurée une double tradition : la réunion quotidienne le matin pendant une heure de l'ensemble des hôtes du pavillon et la prise en considération au cours de la réunion et tout au long de la journée des inter-relations liant les gens entre eux.Cette tradition a permis que se crée une collectivité régie par des rituels et par une certaine position vis à vis de la relation soignante habituelle.

Après la sortie de l'hôpital, cette collectivité s'est progressivement reconstituée au dispensaire de "secteur". Elle s'est donné un statut d'Association loi de 1901, qui régit le monde de la maladie mentale :

- désignation du "Fou" comme lieu du rejet et de l'exclusion.

- désignation du soignant psychiatrique comme détenteur d'une "écoute" spécifique qui pourrait surdéterminer la précédente.

Pour ce faire, le club prend en considération l'existence d'un réseau relationnel, dit réseau spontané, préexistant à toute désignation. Lors de l'apparition de l'angoisse, ce réseau s'en remet traditionnellement à un appareil de soins et d'assistance qui lui confirme que l'angoisse apparue est de l'ordre de l'irrecevable, de la mal-adie. Pourtant chacun dans l'entourage peut se sentir concerné par l'interpellation du sujet en proie à l'angoisse, pour ce qu'il en ressent en lui même. S'il en témoigne et en répond au sujet qui l'interpelle, se crée une relation où s'inscrit un échange demande/écoute authentique. Ceci permet au sujet impliqué dans cet état d'angoisse d'exprimer librement sa demande sans être cadré d'emblée par le lieu "désigné" pour la recevoir.

En prenant en considération le rôle de ce réseau spontané et en reconnaissant "ce qu'il y a d'irremplaçable quand un sujet s'adresse à celui dont la seule qualité est de ne pas être"désigné", le club ne prétend pas nier le rôle spécifique et technique du soignant psychiatrique, il prétend simplement remettre en question la désignation et tenter de permettre l'expression d'une demande qui ne soit pas d'emblée "piégée" par la dite désignation. C'est un préalable à un abord psychothérapique et non son substitut.

Son fonctionnement date de plus de deux ans. Il comprend

environ cent membres. N'ayant pas pu s'inscrire dans un dispositif de soins faute d'agrément par les organismes de tutelle, il se dirige vers la recherche d'un lieu non protégé, type restaurant de quartier, où puisse se réunir cette collectivité autour d'un accueil permanent possible.

Vu et autorisé d'imprimer

Le Président du jury : R.FAU

Le Président de L'Université : J.CABANEL

DOCUMENTS EN ANNEXE.

LES STATUTS DU CLUB DU XIIème

Les trois premiers articles du statut définissent la ligne générale que s'est fixé le club à sa création. Les articles suivants (classiques d'une association loi de 1901) ne sont pas reproduits ici.

Article I

Le malade mental est sous l'emprise de la représentation qui est donnée de lui à partir des sentiments et réactions de l'opinion publique et de ce qu'en disent les spécialistes, les psychiatres...

Les buts de l'association se définissent comme suit

- d'une part se dégager de cette emprise
- d'autre part renoncer à la préeminence de la relation thérapeutique technique en reconnaissant ce qu'il y a d'irremplaçable quand un sujet s'adresse à celui dont la seule qualité est de ne pas être désigné comme soignant

Les buts de l"association ne peuvent se réduire à rester centrer sur la personne de ses membres.

Cette association prend le nom de "Club du XIIème", son siège social est situé à Paris, 21 rue de Lamblardie, XIIème. Il pourra être transféré par décision du Comité.

Article II

Peuvent devenir membres de l'association :

- les habitants du XIIème arrondissement, adultes, adolescents, ou enfants concernés par les buts définis à l'article I.
- les consultants des organismes de soins et en particulier de l'actuel dispensaire. Le terme de consultant étant à retenir dans sa double acception :

- le consultant qui adresse une demande
- le consultant qui écoute et qui reçoit la demande, tel qu'il est défini dans les moyens d'action.
- les personnes morales qui poursuivent l'un des objectifs proposé à l'article I.

Article III

Les moyens d'action :

- privilégier tout ce qui tend à maintenir l'insertion du malade dans son cadre, en favorisant la prise en charge par le voisinage et les membres de la famille.
- constituer les structures d'accueil proches et permanentes afin de recueillir la demande du malade en recevant sa démarche ou en se déplaçant.

Dans ce but l'association emploie :

- des techniciens et toute personne compétente.
- les consultants membres de l'association .

La poursuite des buts et l'action de l'association se font en coopération avec les organismes de soins existants et leurs membres.

LE FORFAIT AMBULATOIRE

ARGUMENTS POUR UN FORFAIT AMBULATOIRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU URBAIN.

Il s'agit de l'avant propos d'un texte présenté le 12 novembre 1971 à la caisse de Sécurité sociale dans le but d'obtenir le financement de l'expérience club-hospitalisation à domicile. Je n'ai pas reproduit la totalité du rapport mais seulement son argumentation.

Les soins psychiatriques se font actuellement suivant des modalités très diversifiées qui sont appelées, me semble-il, à se regrouper pour des raisons techniques et administratives : la multiplicité des prix de journée rend la manipulation des diverses "institutions" contradictoire. On assiste, dans bien des cas, à un véritable morcellement de "la prise en charge". La formule forfait devrait permettre une plus grande souplesse.

PROBLEMES ADMINISTRATIFS ET BUDGETAIRES INHERENTS AUX TECHNIQUES DE SOINS PSYCHIATRIQUES.

Au début de la prise en charge.

Le FORFAIT AMBULATOIRE est destiné, à ce stade de début à définir un moyen terme entre l'onéreuse journée d'hôspitalisation et le dénuement du dispensaire.

- avant même que l'on connaisse l'option qui sera retenue, et si le"consultant", le "signalement", le "malade"...
  - . relève d'une cure ambulatoire
  - . constitue une indication d'institution extra-hospitalière (hôpital de jour, foyer post-cure)
  - . nécessite l'admission à l'hôpital psychiatrique
- afin de ne pas infléchir la décision, au nom de contingences liées aux contradictions du fonctionnement.

Plusieurs circonstances de début peuvent se présenter

- le "signalement" d'un malade "opposant", "réticent", lorsqu'il est fait par un organisme public (assistantes sociales de coordination et de prévention, services de police, hôpitaux généraux, etc...)
- la première démarche venant de l'entourage du malade (entourage familial ou voisinage)
- le premier contact du sujet lui-même, suivi

souvent d'un temps de latence, qui est à respecter et qui interdit l'activisme d'une intervention.

Ces diverses circonstances dans lesquelles est amorcée une prise en charge, font que le "début des soins", s'il peut être daté, n'est pas le début de la prise en charge.

On peut donc :

déclarer des "journées de présence" dans les jours qui suivent le coup d'envoi de la prise en charge, aux organismes payeurs et de tutelle, et réclamer des "prix de journée" pour un malade qui, s'il est "absent" du Centre de soins, n'est pourtant pas absent des préoccupations de l'équipe médico-sociale.

Le "démarrage" de ce début difficile peut quelques fois s'étendre sur plusieurs mois.

On ne peut pas par contre :

ne pas faire reconnaitre la véracité de ce travail entrepris par l'équipe soignante médico-sociale.

renoncer à chiffrer le coût de ces "actes" préliminaires, dont l'évaluation ne peut être que forfaitaire.

Au cours de la poursuite de la prise en charge.

Nous devrons considérer deux types d'éventualités, selon que cette prise en charge extra-hospitalière se déroule ou non dans le cadre d'une "Institution construite".

- première éventualité : dans le cadre d'un établissement de soins
- seconde éventualité : sans institution prise en charge "hors les murs"

soins ambulatoires

hôspitalisation à domicile

Première éventualité.

Le problème qui se pose aux centres de santé mentale qui disposent d'un équipement complet, concerne les modalités de passages et d'admissions successives d'une institution à l'autre. Le malade peut en effet passer et être admis dans les différentes institutions. Les centres de santé mentale existants se heurtent aux règlementations en vigeur qui interdisent à juste titre le cumul de plus d'une prise en charge. Souvent l'état d'un malade l'amène à "transiter" très vite de l'une à l'autre de ces institutions qui sont complémentaires, mais parfois responsables d'un morcellement de la prise en charge. On imagine alors que l'inertie inévitable, due aux difficultés de la gestion, de l'administration du centre et du contrôle des organismes de tutelle, entrave le fonctionnement de l'équipe médico-sociale, et fige le malade dans une position factice. Le maintien dans une institution de façon adéquate, peut avoir des répercussions préjudiciables quant à la problématique et à la prise en charge elle même.

Une modification souhaitable de la règlementation consisterait :

- à demander "l'entente préalable" portant sur une PRISE EN CHARGE GENERALE adressée aux organismes de Sécurité sociale, concernant un malade mental donné, pour une

durée limitée (six mois par exemple)

- à établir à l'occasion des ETATS MENSUELS, le relevé des journées de présence dans les différentes institutions du Centre , dont les prix de journée ont un montant différent.

Le cas des malades non pris en charge par les organismes de tutelle met en évidence les fluctuations, les aléas, les incertitudes de la démarche du sujet qui se soigne. Cette prise en charge est non encore reconnue pendant un temps, qui s'il apparait comme un temps de latence, est souvent déterminant et conditionne l'évolution ultérieure des rapports entre le malade et l'équipe médico-sociale ; s'il est opportun de le préserver, il reste à trouver une formule administrativo-budgétaire qui permette de le chiffrer, ce qué ne permet pas le "prix de journée".

Seconde éventualité.

Dans le cas des prises en charge effectuées "hors les murs". De multiples combinaisons sont possibles à partir d'actes souples. Ces actes sont le fait du médecin, de l'infirmière du centre, de l'assistante sociale, de l'aide familiale ; ce sont les actes de la vie collective à laquelle participent les malades du centre (réunions, groupes de discussion, groupes psychothérapiques, activités culturelles et de loisirs etc...). Ces actes soignants étant prescrits soit au centre soit au dehors.

La fin de la prise en charge.

Elle peut se faire de deux façons :

- par accord délibéré, lorsque cette fin est annoncée et reconnue par celui qui se soigne et par l'équipe des soignants.
- ou de façon tacite, par non reconduction, lorsque le malade se tient à distance, sans qu'il lui soit nécessaire d'en passer par une situation de rupture telle que la fugue le réalise lorsqu'il est à l'hôpital. L'alternative entre ces deux éventualités n'est pas antinomique alors qu'une "sortie" d'établissement ne permet que l'une de ces deux éventualités, la première, c'est à dire une résiliation de la prise en charge, du prix de journée.
  Il n'en est pas de même en pratique ambulatoire ; en effet il importe que le "non dit" de la "Fin" de la prise en charge soit possible ; il est aussi indispensable que les fluctuations du "Début".
  Il s'agit peu souvent d'un épisode sans lendemain, mais bien plus souvent d'aménager une post-cure qui laisse à tout moment la possibilité de la reprise du traitement psychiatrique.
  A ces maladies de longue évolution, doivent correspondre des prises en charge très souples sur le plan technique. A ces exisgences techniques doivent correspondre des modalités administratives peu onéreuses, mais sans solution de continuité.

CARACTERISTIQUES D'UN BUDGET DE FORFAIT DE SOINS AMBULATOIRES.

L'étude présentée dans le premier chapitre nous a montré :

- au "début" et à la "fin", l'importance qu'il faut attacher à la mise au point d'une formule administrative de prise en charge budgétaire, qui respecte, qui permette, et qui reconnaisse une prise en charge technique, aussi discrète et ténue soit-elle.
- au cours du déroulement de la cure, il importe :
  - . d'offrir la possibilité d'un "passage" d'une institution à l'autre, quel qu'en soit le prix de la journée.
  - . de laisser se "combiner" tous les agencements d'actes soignants que prévoit la logique : à l'évidence un grand nombre. Il serait impraticable de définir autant de "prix de journée".

Le problème posé est donc celui d'une variance de la quantité et de la qualité d'origine des actes soignants nécessaires. Pour y répondre l'équipe médico-sociale, faite de représentants différenciés, offre :

- des actes soignants spécifiques à chacun
- des temps de travail dont la somme reste fixe et immuable

A la variance nécessaire des fluctuations de la prise en charge du malade, comment faire correspondre l'invariance du temps de travail des soignants ?

La solution à ce problème consiste :

- à prendre en considération une population "élargie" et non limitée aux vingt ou trentre cas habituellement prévus dans une institution extra-hospitalière. Nous entendons par"population élargie"
  - . Les consultants du dispensaire, bénéficiant outre la simple consultation médicale, de soins prescrits par les non médecins.
  - . Les indications d'hospitalisation à domicile.
  - . Les malades précédemment pris en charge soit en hôpital de jour, soit en foyer post-cure, restés attachés au centre, mais ne bénéficiant plus d'une prise en charge des organismes de tutelle.

  La somme des "quantités d'actes" correspondant à chacun des types de prise en charge de chaque malade de la population globale, donne une somme peu variable, par un jeu de compensation réciproque permettant de définir un coût forfaitaire de chaque malade pris en charge. Il faudrait d'ailleurs prendre en considération ultérieurement, la part jouée par le sujet qui se soigne lui même.

- Il faut également laisser place à la possibilité
  - . que l'entourage puisse aussi être "assisté" ou plutôt "entendu".
  - . que cette attention que l'on porte soit appréciable budgétairement et chiffrable, et qu'elle ne soit considérée comme acte gratuit que "doit" cet entourage et que"doivent" recevoir les soignants.

Nous ne ferons que citer la mère du schizophrène, la femme de l'alcoolique, qui d'ailleurs ont été figées dans une position dont il est difficile de se départir.

Un cas particulier des problèmes posés à l'"entourage" est constitué par l'enfant du malade mental.

- Les enfants des malades posent bien sur des problèmes spécifiques, que nous n'envisagerons pas et qui peuvent par ailleurs faire l'objet d'une prise en charge administrativo-budgétaire
- L'importance de leur rôle vient de ce qu'ils sont bien souvent le seul abord possible d'une compréhension de la problématique familiale.
- Il serait tout aussi concevable que la prise en charge administrativo-budgétaire, qu'elle prenne la forme d'un forfait ou d'un prix de journée, figure au nom de l'enfant plutôt qu' au nom du malade mental.

CONSIDERATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF.

Nous envisagerons quelques aspects du fonctionnement administratif actuel qui entravent la recherche d'une solution au fait psychiatrique.

Ces contradictions, qui apparaissent au niveau administratif, loin d'être le fait des organismes de tutelle, eux mêmes résultent :

- des contradictions inhérentes aux hypothèses de travail et aux fonctionnement et à l'organisation

Nous ne ferons que citer la mère du schizophrène, la femme de l'alcoolique, qui d'ailleurs ont été figées dans une position dont il est difficile de se départir.

Un cas particulier des problèmes posés à l'"entourage" est constitué par l'enfant du malade mental.

. Les enfants des malades posent bien sur des problèmes spécifiques, que nous n'envisagerons pas et qui peuvent par ailleurs faire l'objet d'une prise en charge administrativo-budgétaire

. L'importance de leur rôle vient de ce qu'ils sont bien souvent le seul abord possible d'une compréhension de la problématique familiale.

. Il serait tout aussi concevable que la prise en charge administrativo-budgétaire, qu'elle prenne la forme d'un forfait ou d'un prix de journée, figure au nom de l'enfant plutôt qu' au nom du malade mental.

CONSIDERATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF.

Nous envisagerons quelques aspects du fonctionnement administratif actuel qui entravent la recherche d'une solution au fait psychiatrique.

Ces contradictions, qui apparaissent au niveau administratif, loin d'être le fait des organismes de tutelle, eux mêmes résultent :

- des contradictions inhérentes aux hypothèses de travail et aux fonctionnement et à l'organisation

des centres de soins eux-mêmes.

- des courants où dominent les réactions de rejet du malade mental, l'hospitalocentrisme.

Sur le plan budgétaire, le clivage traditionnel qui impartit les soins intensifs à la Sécurité sociale et la prophylaxie à l'hygiène sociale assurée par le département et les collectivités locales, a un retentissement parfois préjudiciable sur la continuité de la prise en charge du malade, où ne peuvent effectivement collaborer l'entourage du malade et les organismes de soins.
Il serait évidemment impossible de définir actuellement l'enveloppe budgétaire et d'apprécier le coût économique de la maladie et de l'hygiène mentale dans la population.

- d'une part du fait du clivage entre le budget imparti aux soins et à la prophylaxie, et le budget des prestations dites de maladie, indemnités diverses, journalières d'arrêt de travail, pensions d'invalidité etc...(qui d'ailleurs sont bien inférieures au coût de l'hospitalisation).

- d'autre part du fait de l'a priori de la non-rentabilité du sujet désigné, malade mental, improductif, sujet désigné tel, au nom d'une idéologie, qui interdit à tout jamais qu'il tienne une place, un discours propre.
L'a priori de l'improductivité de ce discours, indexé de non sens, au nom du sens commun, s'il est à revoir, repose la définition même du coût de la maladie mentale, voire de son prix de revient, et pourquoi pas de sa productivité...

Il faut envisager aussi les rapports respectifs:

- du coût et du rôle de l'équipe médico-sociale.
- du rôle joué par la population, bien difficile à chiffrer, dans cette prise en charge effective du malade mental, qui à la limite est un phénomène naturel et dont l'équilibre est rompu à l'occasion de la crise qui provoque l'hospitalisation psychiatrique.

Par contre on peut chiffrer budgétairement une partie, mais une partie seulement du "pronostic de rechute" (celle de l'hospitalisation) de la population malade connue et suivie par nos organismes de soins.

Mais on doit envisager aussi les journées de "non hospitalisation"et on doit distinguer dans ce pool les journées pour lesquelles JUSTICIABLE DE FORFAIT, l'hospitalisation psychiatrique aura été évitée, grâce à une prise en charge ambulatoire (il est convenu avec les organismes de tutelle que le montant de cette prise en charge ne doit pas exéder 50% du prix de journée hospitalier, dans le cas de l'hospitalisation à domicile).Le forfait ambulatoire ne devrait pas exéder 50% du prix de journée à domicile, c'est à dire 25% du prix de journée hospitalier.

ETUDE STATISTIQUE DES CAS TRAITES.

L'étude des cas traités est extraite d'un rapport statistique faisant le bilan de l'activité générale du secteur (hospitalier, extra hospitalier), et portant sur 2000 cas pour une période de cinq ans.

Ce rapport avait été élaboré pour présenter la demande de convention de forfait ambulatoire à la Sécurité sociale - cf. document précédent.

Nous avons classé les cas traités suivant le tableau utilisé par les services psychiatriques pour établir une statistique demandée chaque année par l'I.N.S.E.E.

Nous avons cependant distingué cinq grandes catégories qui regroupent les vingt classiques.

L'étude présentée ici, a trait à une courte période - six mois environ - pendant laquelle a pu fonctionner une hospitalisation à domicile grâce à des moyens de fortune.

Du fait de la brièveté de l'expérience les résultats sont un peu faussés ; toutefois, ils illustrent assez bien le fait que nous avons à faire au "malade psychiatrique chronique".

Notons que les malades ainsi traités ont souvent fait un séjour plus ou moins long à l'hôpital.

Notons que la proportion des catégories I et II par rapport aux autres qui est de 0,8 à l'hôpital, est de 1,5 pour la population étudiée.

SOINS AMBULATOIRES INTENSIFS
DISPENSAIRE - HOSPITALISATION A DOMICILE - CLUB-

				DIS	DIS	DIS		DIS					
		CLUB				CLUB	CLUB	CLUB					
		HAD	HAD		HAD	HAD							
Psychoses maniaques et dépressives	01				1	8		8	17				
Schizophrénies chroniques	02				4	10	4	14	32	62			
Délires chroniques	03				2	2	9		13				
PSYCHOSES CHRONIQUES	I								45,26%				
Psychoses délirantes aigues et états confusionnels	04					1	1	18	20	24			
Psychoses alcooliques	05					1	1	2	4				
PSYCHOSES AIGUES	II								17,5%				
Sénilité			1		4	1		1	7	7			
Démences préséniles	07												
Imbécilité	18												
Idiotie	19												
ETATS IRREVERSIBLES	III								5,1%				
Névroses	10					3		10	13	29			
Personnalités patho perversions	11						1	2	3				
Alcoolisme	12				2	2		4	8				
Etats dépressifs non psychotiques	13				1		1	2	4				
Psychosomatique	14								1				
ETATS NON PSYCHOTIQUES	IV								21,2%				
Epilepsies	06									15			
Affection cérébrale autre	08												
Affection somatique	09							3	3				
Troubles non classables	15					1	1		2				
Niveau limite	16												
Débilité mentale	17												
Etats non classables	20	1	1	1	1	2	4		10				
DIVERS	V								10,9%				
TOTAL										137			

Les cinq classes de population (voir tableau) bénéficient de l'une ou l'autre des possibilités de prise en charge. La particularité essentielle réside dans l'éventualité de leur association. Les prises en charge sont les suivantes :

- la consultation de dispensaire fréquente, hebdomadaire, voire bi-hebdomadaire.
- hospitalisation à domicile : les visites au domicile du malade ou de sa famille dans une perspective d'investissement, de soins ambulatoires, ou de psychothérapie familiale.
- l'appartenance au groupement club existant depuis un an, né d'une symbiose entre la population des malades qui se sont connus pendant leur séjour hospitalier ou au cours des cures ambulatoires.
- voire même la fréquentation du dispensaire et du club par des malades encore hospitalisés dans une perspective de sortie ou à l'occasion de permissions pour commencer.

L'agencement de ces prises en charge, différenciées entre elles, se fait selon des modalités qui sont répertoriées sur le tableau ci-joint. On observe la plus forte distribution de cas au niveau des associations de prise en charge

BIBLIOGRAPHIE DES OUVRAGES CITES.

1 - H.CHAIGNEAU : Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes.Confrontations psychiatriques n°2 - décembre 1968 - p.157 à 171.

2 - H.CHAIGNEAU : Psychanalyse et psychothérapie institutionnelles. Information psychiatrique vol.46, n°8, p.763 à 773

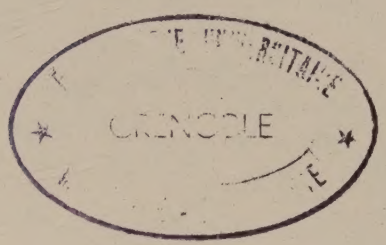
3 - H.CHAIGNEAU - D.KARAVOKYROS et G.BAILLON : Remémoration d'une équipe à propos d'une vingtaine de psychotiques. Colloque international sur la psychose. Paris, 1972.

4 - A.DIDIER : Sur la pensée ségrégationiste. Evolution psychiatrique. Janvier Mars, 1971, p.31 à 72.

5 - M.FOUCAULT : L'ordre du discours. Gallimard 1971.

6 - M.FOUCAULT : Histoire de la folie. 10/18, Paris, 1971.

7 - E.GOFFMAN : Asiles. Seuil,

8 - P.PAULIN : La réunion quotidienne ou une manière comme une autre... Conférences évolution psychiatrique, 1970, inédit.

9 - P.PAULIN, JC.BOUCRIS, A.GUYOT, M.LEBEAU, J.MALLET : Le malade psychiatrique chronique dans la communauté.Rapport proposé pour le congrès mondial de psychiatrie. Mexico, 1971.